＜様式１＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（送付日）西暦２０　　年　　　月　　日

**医療通訳技能者（医療通訳技能認定試験）資格更新申請書**

一般財団法人 日本医療教育財団　御中

私は、一般財団法人日本医療教育財団による医療通訳技能者（医療通訳技能認定試験）の資格更新の

申請をします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | * 男　性　・　□　女　性
 |
| 氏　名（合格時） |  |
| ※合格時と氏名の変更が必要な方（※必ず裏面を確認） | 生年月日 | 西暦　 　　年　 　月 　　日 |
| フリガナ |  |
| 氏　名（変更） |  |
| 現住所 | （〒　　　　　　　　　　　）都道府県※現在と合格時の住所の変更 ⇒ □有・□無 |
| 電話番号 | （　　　　　） | Eメール |  |
| 勤 務 先 | （ 所属：　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所属通訳団体 |  |
|  |
| **医療通訳技能者（医療通訳技能認定試験）資格取得情報**※下記の事項は「技能認定証」に記載されています |
| 試験種別 | □ 専門試験 | □ 基礎試験 | 言　　語 | □ 英語 | □ 中国語 |
| 合格番号※技能認定証の右上７桁の番号 |  |  |  |  |  |  |  | 認 定 日 | 西暦２０　　年　　　月　　　日　 |
| 有効期限 | 西暦２０　　年　　　月　　　日　 |
|  |
| **携帯用「資格認定カード」希望欄**※別途、発行手数料 2,000円（税込・送料込）がかかります。 | □ 希望する | □ 希望しない |
|  |  |  |
|  **更新手数料払込（振込）証明貼付欄** | **払込明細書（コピー可）を横向きで貼付してください。**※更新者本人名で振込んでください。※払込明細書は①振込日、②振込先、③振込金額④振込人氏名の４点を確認させていただく際に使用します。残高表示がある場合の残高の消去・塗りつぶしは可。※インターネットバンキングで振込をされた場合は、上記①～④の４点が表示されている受付画面をプリントアウトし、本「資格更新申請書」と同封してください。 |  | **資格申請****累計ポイント** |
|  | **知識要件** | 累計【　　　　】　　ポイント（＜様式２＞ 更①） |
|  | **実務要件** | 累計【　　　　】　　　ポイント（＜様式２＞ 更②） |
|  | 裏面を参照しながらご記入ください。 |

　●個人情報保護のため、資格更新申請書の記載された情報は医療通訳技能認定に関する以外の目的では一切使用しません。

**【医療通訳技能者（医療通訳技能認定試験）資格更新申請書記載要領】**

資格更新申請書の作成にあたっては、下記要領を熟読のうえ、**黒の油性ボールペン（消せるボールペンは不可）**を

使用し、作成すること。

誤りの無いよう楷書で丁寧に記入し、記入を誤った場合は、申請者本人が訂正箇所に二重線を引き、訂正すること。

訂正印は不要。　記載内容に不備があった場合は、受理できないことがあるので注意すること。

■下記①～⑫の事項に留意し、記入すること。

**①送付日**

　資格更新申請書の送付日（西暦）を記入すること。

**②氏名・フリガナ**

・合格時と氏名（技能認定証の氏名）の変更が必要な方は、①氏名（合格時）欄と、②氏名（変更）欄の両方

に氏名を記入すること。氏名の変更が無い方は、氏名（合格時）のみ記入すること。

　・楷書で正確に記入し、略字は使用しないこと。

・氏名がひらがな、カタカナの場合でも、フリガナはカタカナで記入すること。

　・特殊な漢字（画数が多く複雑なもの・微妙な違いで別の漢字になるもの・旧字体・異体字・別字体・中国

　　語字体など）については特に注意して記入すること。

　　・日本国籍を有しない者は「在留カード」もしくは「特別永住者証明書」に記載される文字で正確に記入す

　　　ること。

**<氏名変更が必要な方>**

新たに発行する「技能認定証」は、現在の氏名で発行します。

氏名変更にあたり下記のいずれかの確認書類を提出すること。

＜新氏名が記載された確認書類＞ ※発行日から６ヵ月以内もしくは有効期限内のもの

・運転免許証　・旅券［パスポート］　・各種健康保険証　・在留カード

・特別永住者証明書

・住民票 ［住民票記載事項証明書］（生年月日が記載されているもの）

・戸籍謄（抄）本・戸籍記載事項証明書

　　　　　　※上記以外の確認書類については、当財団へお問い合わせください。

　**③性別**

　該当するものにレを記入すること。

**④生年月日**

　西暦で記入すること。

**⑤現住所**

都道府県名から番地、またマンション等の場合は号数まで記入すること。

　「技能認定証」の送付先の住所となるので、詳細を正確に記入すること。

**⑥電話番号**

　日中連絡の取れる電話番号を記入すること。

**⑦Eメール**

　Eメールアドレスは、ハイフン、アンダーバー、ドット、数字の１とアルファベットのLなど、間違えやすい

ものについては特に注意して記入すること。（日本医療教育財団よりEメールで連絡を行うことがあるため、

Eメールアドレスは必ずご記入ください）

　**⑧勤務先・所属、所属通訳団体**

　　　現在、離職している方は、勤務先欄に×を記入すること。

　　　所属通訳団体（派遣団体等）がない方は、所属通訳団体欄に×を記入すること。

　　**⑨医療通訳技能者（医療通訳技能認定試験）資格取得情報欄**

　　　試験種別、言語、合格番号、認定日、有効期限について、「技能認定証」を確認のうえ記入すること。

　　**⑩携帯用「資格認定カード」希望欄**

　　　携帯用の資格認定カードを希望された方には、発行に関する案内を後日、⑦Eメールに送信します。

　　　（別途、発行手数料2,000円（税込・送料込）がかかります）

　　**⑪資格申請累計ポイント**

　　　別紙（様式 更１・様式 更２）に記入の申請ポイントの累計を記入すること。

　　**〔資格更新申請に際しての注意事項〕**

　　　※提出された資格更新申請書類一式は適合、不適合に関わらず返却いたしません。

作成していただいた資格更新申請書類一式のコピーをとり、控えとして保管しておいてください。

記載内容について、当財団より確認のため問合せすることがあります。

　　　※郵送の不着、遅延等の責任は一切負えません。郵送事故防止のため、特定記録・簡易書留等、記録に残る

方法で郵送されることをお勧めします。