



# IMIA 日本支部

## 会員登録申込書

【会員番号:事務局が記載します】

【登録日(事務局にお支払いをいただいた日)を事務局が記載します】

会員のステイタス:該当する会員のステイタスに☑をつけ、必要事項をご記入ください。

現日本支部の会員 (会費を支払った年月日: 年 月 日)

米国本部の会員 (会員になった年月日: 年 月 日)

米国本部に2年分まとめて支払った方はその旨記載ください。

新規会員

\* 氏名 [ ]

\* ふりがな [ ]

性別[男・女]

生年月日 年 月 日生

最終学歴 [ ]

対象言語(日本語以外の言語を記載してください。医療通訳に従事しない場合には、スキルをお持ちの言語を記載してください)[ 語、 語、 語]

職業欄(○)を記載してください。

( ) 医療通訳者(常勤・非常勤でも、また現在ボランティアでも、またまだ経験がなくてもプロの医療通訳者を指す方)

( ) 医療翻訳者

( ) 医療従事者(該当する数字を記載してください)

1. 医師 2. 看護師 3. 薬剤師 4. 理学・作業療法士 5. 心理療法士 6. その他(

( ) 病院の職員

( ) 自治体職員・国家公務員

( ) 通訳派遣業

( ) 大学・学校の教員(非常勤講師も含む)

( ) 会社勤務

( ) NPO や財団に勤務

- ( ) 学生
- ( ) その他

言語能力を学習または習得した経緯(○)を記載ください。

- ( ) 対象言語の国で在住・留学経験あり
- ( ) 対象言語の国出身の配偶者として
- ( ) 日本の教育機関で学んだ
- ( ) それ以外の場合には詳述してください[ ]

医療通訳のトレーニング・研修を受講した方は、開講団体名、講座・コース名と時間数・日数を記載ください。

[ ]

医療通訳の研修に「トレーナー」として従事した経験のある方は、記載してください。

[ ]

主な通訳歴(ある場合には、医療通訳以外でも記載してください)

[ ]

入会を希望する理由(動機などを自由に記載してください)

[ ]

どのようにしてIMIA日本支部のことをおしりになりましたか？ご紹介者がおいでならご記入ください)

[ ]

所属先 \_\_\_\_\_

連絡先住所 (〒 \_\_\_\_\_ )

電話番号: \_\_\_\_\_

Eメールアドレス: \_\_\_\_\_