



	<p>( ) 他の団体で医療通訳の認定を受けたことがある。※複数の団体の認定を受けている場合は、最新のもの1つを記載してください。</p> <p>認定した団体名 ( )</p> <p>認定年月日 ((西暦) 年 月 日)</p> <p>※認定書や登録証の写しを添付してください。</p>
<p>活動可能地域 該当するものに○をつけてください。</p> <p>活動可能な移動時間の目安 車か公共交通機関か選 び、時間を記入してください。</p>	<p>( ) 岐阜市 ( ) 各務原市 ( ) 笠松町</p> <p>( ) 大垣市 ( ) 瑞穂市 ( ) 池田町</p> <p>( ) 関市 ( ) 美濃加茂市 ( ) 可児市</p> <p>( ) 多治見市 ( ) 土岐市 ( ) 瑞浪市</p> <p>( ) 恵那市 ( ) 中津川市</p> <p>( ) 高山市 その他の市町村 ( )</p> <p>※目安として 自宅から医療機関まで 車 ・ 公共交通機関 で 約 分以内であれば活動可能</p>
<p>自宅から医療機関までの移動手段 該当するものに○をつけてください。</p>	<p>( ) 車 ( ) 公共交通機関</p>
<p>活動可能な日時 該当するものに○をつけてください。</p>	<p>【重要】 平日の午前・午後いずれか活動できること 平日の夜間のみ、土日のみの方は受験できません</p> <p>月 午前・午後・夜間 火 午前・午後・夜間 水 午前・午後・夜間 木 午前・午後・夜間 金 午前・午後・夜間 土 午前・午後・夜間 日 午前・午後・夜間</p> <p>ほそくせつめい 補足説明 (あれば)</p> <p>[ ]</p>
<p>応募理由</p>	

※本書に記入された個人情報 は、本試験業務に必要な範囲で使用します。