

2022年10月24日

## NCGM 医療通訳養成研修 III（実務研修）について

国立国際医療研究センター病院 国際診療部

国立国際医療研究センター病院国際診療部は、以下の様に、医療通訳養成研修 III（実務研修）をセンター病院内で行います。

ただし、新型コロナウイルス感染状況等に応じて、本実務研修は変更、中止があることをご了解下さい。

目的： NCGM 医療通訳養成研修 I および II を修了した研修生が、履修した知識や技術の実践、実務経験を積むこと

参加条件：

- (1) NCGM 医療通訳養成研修 I, II の修了者（年度に関わらず）
- (2) 麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎の予防接種歴、または、抗体検査結果で当院の規定を満たすこと
- (3) COVID-19 の予防接種歴の申告
- (4) 当院での規定を順守できること

言語： 英語、中国語、ベトナム語、ネパール語

時間： 30 時間（例）1 日 6 時間×5 日間

期間： A: 2022/11/28 - 2022/12/23（平日のみ）

B: 2023/01/10 - 2023/03/24（平日のみ）

応募〆切と研修の可否：希望する研修期間によって異なるので注意して下さい。

希望する研修期間	応募〆切	研修可否の連絡
A: 2022/11/28 - 2022/12/23	2022/11/4（金）正午（e-mail）	2022/11/11
B: 2023/01/10 - 2023/03/24	2022/11/30（水）正午（e-mail）	2022/12/09

\* 郵送で申込の場合は、投函と共にメールでご連絡下さい。メールの連絡が応募〆切に間に合うようご注意ください。

\* 研修の可否はメールにて連絡いたします。当方のメールアドレスが迷惑メールに届かないよう、ご注意ください。

研修生の定員：若干名

研修内容：実習は、当院の医療通訳者の指導の下に通訳業務に従事をする。

1. オリエンテーション：実習目標・実習計画の作成、院内感染対策の指導
2. 外来一般診療、入院、診療手続き、制度の説明などの医療通訳業務
3. 通訳業務の記録、報告（振り返りシート）
4. 当院における医療通訳者として対応する事項（OJT チェックリスト）

研修費用：66,000 円（30 時間） 研修終了後に振り込み先をお知らせします。

応募申込方法：メールまたは、郵送で以下の必要書類を送付して下さい。ㄨ切などは、前述の通りです。

#### 必要書類

- (1) 応募申込書
- (2) NCGM 医療通訳研修 I・II の修了証（コピー）  
\* 研修 I・II を受講中で修了が見込まれる方は、研修 III の前までに提出すること
- (3) 麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎の抗体検査結果（コピー）、または予防接種歴
- (4) COVID-19 の予防接種歴（コピー）
- (5) 履歴書
- (6) 実務研修の希望日程  
\* 応募申込書類は返却致しませんのでご注意ください。

e-mail : [iccinfo@hosp.ncgm.go.jp](mailto:iccinfo@hosp.ncgm.go.jp)

件名「医療通訳養成研修 III（実務研修）応募申込 ○○○○」として下さい

\* ○○○○ :ご自身の氏名を記載してください

郵送先：〒162-8655 東京都新宿区戸山 1-21-1 国立国際医療研究センター

国際診療部 医療通訳養成研修 III（実務研修）事務局宛

研修生の選定と結果：対応できる人数や日程に限りがありますので、研修の可否については、言語、応募者数などを元に選定し、メールにてご連絡いたします。選定は①書類選考、必要があれば、②オンライン面談で行います。

本実務研修の問い合わせ先（メールでお願いいたします）

国立国際医療研究センター 国際診療部 医療通訳養成研修 III（実務研修）事務局

e-mail: [iccinfo@hosp.ncgm.go.jp](mailto:iccinfo@hosp.ncgm.go.jp)

尚、実務研修前には、以下の書類（当院の定型）を提出して頂きます。

- ・各種研修・実習生等に際しての事前チェックリスト（実務研修開始の過去 14 日以内の行動について）
- ・易感染性患者入院診療科病院実習誓約書

必要書類（1）

NCGM 医療通訳養成研修 III（実務研修）応募申込書

NCGM 医療通訳養成研修 III（実務研修）について、内容を理解し、必要書類をそろえて応募します。

年 月 日

氏名：

言語：

連絡先：

（住所）

（電話）

（メール）

医療通訳として実務経験の有・無（○をつけて下さい）

→有る場合は可能な範囲でその詳細（年月日、医療機関名、時間あるいは、回数等）を以下に記載して下さい。

--

実務研修応募の動機：

--

必要書類（3）

氏名：\_\_\_\_\_

抗体検査・ワクチン接種状況（必ず該当する部分に○をつけてください）

	抗体結果	抗体陽性基準	ワクチン	ワクチン
	検査日		接種歴（1）	接種歴（2）
麻疹	陰性・陽性	EIA 法 16 以上	未・済	未・済
	年 月 日		年 月 日	年 月 日
水痘	陰性・陽性	EIA 法 4 以上	未・済	未・済
	年 月 日		年 月 日	年 月 日
風疹	陰性・陽性	EIA 法 8 以上	未・済	未・済
	年 月 日		年 月 日	年 月 日
流行性耳下腺炎	陰性・陽性	EIA 法 4 以上	未・済	未・済
	年 月 日		年 月 日	年 月 日

- ・抗体価及び抗体価の検査方法の記載がある抗体検査証明書のコピーを提出して下さい。
- ・記載された検査結果が①検査限界未満（陰性）であった場合には2回のワクチン接種を行い、②陰性ではないが抗体陽性基準を満たさない場合には1回のワクチン接種を行い、接種日を記載して下さい。
- ・COVID-19 ワクチンの接種歴については、コピーを添付して下さい。

必要書類（6） 実務研修の希望日程

氏名：\_\_\_\_\_

【◎：第一希望の日 ○：可能な日】として、記入してください。

1 枠 3 時間ですので、最低 10 枠の記入が必要です。

__月				__月				__月			
	曜日	AM 9-12	PM 1-4		曜日	AM 9-12	PM 1-4		曜日	AM 9-12	PM 1-4
1 日				1 日				1 日			
2 日				2 日				2 日			
3 日				3 日				3 日			
4 日				4 日				4 日			
5 日				5 日				5 日			
6 日				6 日				6 日			
7 日				7 日				7 日			
8 日				8 日				8 日			
9 日				9 日				9 日			
10 日				10 日				10 日			
11 日				11 日				11 日			
12 日				12 日				12 日			
13 日				13 日				13 日			
14 日				14 日				14 日			
15 日				15 日				15 日			
16 日				16 日				16 日			
17 日				17 日				17 日			
18 日				18 日				18 日			
19 日				19 日				19 日			
20 日				20 日				20 日			
21 日				21 日				21 日			
22 日				22 日				22 日			
23 日				23 日				23 日			
24 日				24 日				24 日			
25 日				25 日				25 日			
26 日				26 日				26 日			
27 日				27 日				27 日			
28 日				28 日				28 日			
29 日				29 日				29 日			
30 日				30 日				30 日			
31 日				31 日				31 日			