様式3

国際臨床医学会

医療通訳士認定部会　御中

年　　月　　日

推薦状

下記の申請者が、ICM認定医療通訳士実務者認定に申請することを推薦いたします。

≪推薦理由≫

（医療通訳者の活動の様子、患者や医療関係者からの評価なども含めて、ご自由に記載してください）

医療通訳者（申請者）

氏名 ：

生年月日 　：

推薦者

　　所属先　　　 ：

　　職名　　　　 ：

　　所属先住所　 ：

　　氏名（自著） ：