●メール送信先（tabunka@pref.aichi.lg.jp）　　　●ＦＡＸ送信先　052-971-8736

●郵送先　〒460-8501（住所記載不要） 愛知県多文化共生推進室

応　募　用　紙

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　西暦　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | （携帯）　 |
| （自宅）　 |
| メールアドレス⋆1 |  |
| 通訳したい言語 | ポルトガル語　 |
| 母語 | ポルトガル語　・　日本語　・　その他（　　　　　　　　　） |
| 学歴⋆2 |  |

⋆1　基本的に、内容確認等はメールで行いますので、スマートフォンやパソコンで使用できるメールアドレスを記入してください。

⋆2　（例）○○大学在学中（卒業、中退）など

|  |
| --- |
| 応募した理由を簡単に書いてください。 |
| 日本語能力検定試験等、語学能力の参考になるものの得点や、医療通訳に資する資格などあれば書いてください。 |
| 派遣に応じる条件はありますか？　いずれかに○をつけていただき、②の場合は、条件を詳細に記入してください。1. 特に条件はない
2. ある（曜日・時間帯、活動できる地域）

　ア　曜日・時間帯の条件条件を書いてください（派遣に応じられる曜日・時間帯を記入してください。条件がなければ未記入で結構です）　イ　活動できる地域の条件条件を書いてください（派遣に応じられる地域を記入してください。条件がなければ未記入で結構です） |