〔日英〕医学・薬学翻訳能力検定試験

受 験 申 請 書

**JTAメンバーズ　No：**

**＊受験番号**

**JTAパートナーズ No：**

**受験日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日**

**提出年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

**フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　写真貼付**

**氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　・３×３cm**

**性　　別　　□男性　　　□女性　　　　　　　　　　　　　　　　　・正面（胸上）**

**生年月日　　西暦　　　　　年　　月　　　日（　　歳）　　　　　　・無帽**

**フリガナ**

**住　　所　　〒**

**●受験料の**

**①お振込み日：**

**②お振込み金額：**

**③お振込み銀行名：**

**④お振込み名義人様：**

**電話番号**

**e-mail**

**最終学歴　　校名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**学校名（　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**学部・学科（　　　　　　　　　　　　　　　）**

**（　）年制　（　　）年　卒業・中退・在学**

**翻訳歴　　　名称　　　　　　　　　期間**

**年　　　　時間**

**年　　　　時間**

**合計　　年　　　　時間**

**備　考**

**学習歴　　　校名　　　　　　　　コース**

**翻訳試験　 □JTA公認 翻訳専門職資格試験**

**経験　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　）**

**□会社員　□公務員　□自営　□主婦**

**職業等　 □学生　□無職**

**□その他（　　　　　 　　）**