

様式 3

医療通訳配置状況

| | | |
|---------------------|--|-------|
| 医療通訳 | 所属部署名称： | |
| | フリガナ 氏 名： | |
| | 生年月日： | (歳) |
| 採用年月日 | 年 月 日 | |
| 雇用形態 | | |
| 職務従事期間 (始期および終期) | 年 月 日から 年 月 日まで | 年間を予定 |
| 就業形態 | ※勤務形態・職務従事時間・休憩時間など | |
| 賃 金 | ※給料、管理職手当、扶養手当、地域手当、住居手当、通勤手当、寒冷地手当、事業主負担経費などを含む | |
| 対応言語 | 対応言語数： 言語 (語、 語、 語、 語) | |
| 本事業に関連する保有資格 | (記入できなければ別紙にて提出) ※医療、国際交流に関わる資格など | |
| 本事業に関連する実績 | (記入できなければ別紙にて提出) | |

| | |
|-----------|--------------|
| 指導および監督者名 | 所属部署名称： |
| | 役職名： |
| | フリガナ 氏 名： |

※本様式は、日本工業規格 A 4 判で作成してください。