

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
所属部署配属年月日	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。