|  |  |
| --- | --- |
| **様式Ａ－３** |  |

**医療通訳配置状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療通訳 | 所属部署名 ： |
| フ リ ガ ナ 氏　　名 ： |
| 生年月日 ： Ｓ・Ｈ　　年（西暦　　　　年）　　　月　　　日 |
| 採用年月日 | Ｓ・Ｈ　　年（西暦　　　　年）　　　月　　　日 |
| 配置（予定）年月日 | Ｓ・Ｈ　　年（西暦　　　　年）　　　月　　　日 |
| 雇用形態 | 　常勤　・　非常勤 |
| 雇用期間（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 | ※上記の雇用形態における勤務形態・勤務時間・休憩時間など |
| 賃　　金※補助金申請対象者でない場合は記入不要 | ※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（日本語を除く）（　　　　語、　　　　語、　　　　語、　　　　語） |
|  |  |
| 兼務の状況※医療通訳としての従事割合が100％以外の場合のみ記入 | 医療通訳としての従事割合（1％～99％の範囲） | ○　％ |
| 兼務業務の内容（記入できなければ別紙にて提出） |
|  |  |
| 業務経験　　　※経験職種、就業先、経験年数、　　　　従事の頻度等の実績 | （記入できなければ別紙にて提出） |
| 学習経験　　　※学習内容、通学歴・受講歴等　　　　の実績 | （記入できなければ別紙にて提出） |
| 保有資格　　　※語学力を証明する資格、医療通訳　　　　業務に関連する資格等 | （記入できなければ別紙にて提出） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属部署管理責任者 | 所属部署名： | 責任者印 |  |
| 役職名 ： |
| フリガナ　 氏　名 ： |

※本様式は、日本工業規格Ａ４判で作成してください。