

実施団体の概要資料

※公募時点での状況を記載してください。

<目次>

1 実施団体の基本情報

医療通訳養成支援団体の基本情報の確認を目的としています。

1. 実施団体の基本情報
2. 事業内容・事業理念・教育理念・沿革等

2 組織体制・教育提供体制

本事業を推進する担当部署の組織体制と教育提供体制を確認することを目的としています。

1. 本事業を実施する組織体制について

3 類似事業実績(医療通訳者養成実績等)

医療通訳者養成に関する実績について確認することを目的としています。

1. 類似事業実績(医療通訳者養成実績等)

1 実施団体の基本情報

■実施団体の基本情報

団体区分	その他	⇒ その他の場合	一般財団法人		
フリガナ	イリョウツウヤクキョウイクザイダン		⇒		
団体名	医療通訳教育財団		⇒	団体名とスクール名が異なる場合(スクール名称)	
フリガナ	ザイダン タロウ				
代表者氏名	財団 太郎				
郵便番号	(●●●● - ●●●●)				
所在地	東京都千代田区●●-●● ○○ビル ○階				
電話番号(代表)	○○-1234-5678	FAX番号(代表)	○○-1234-1234		
E-mail(代表)	●●@●●●●.●●.●●.jp				
ホームページ URL	http://-----				
設立日	西暦	2000	年	1	月 1 日
従業員数	20人				

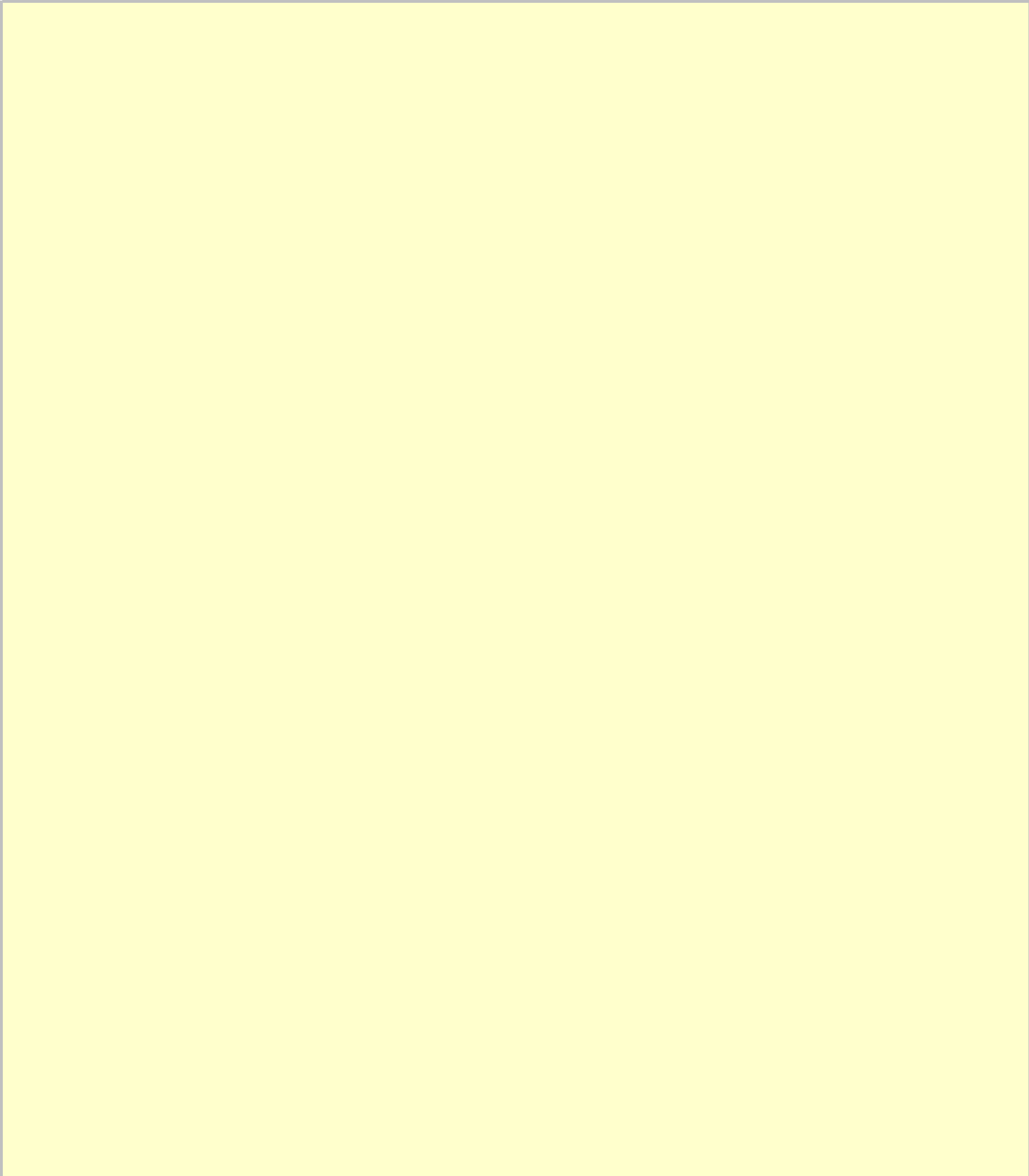
■事業内容・事業理念・教育理念・沿革等

※事業者の主な事業内容・事業理念・教育理念、沿革について記載ください。別添による提出も可。

2 組織体制・教育実施体制について

■組織体制

本公募事業を取り組むための主たる部署の組織体制について(組織図・プロジェクトメンバーの構成など)



3 類似事業実績(医療通訳者養成実績等)

■類似事業実績

平成29年9月現在までに実施した医療通訳の養成に関する主な実績を記載してください。

開講年度	講座・研修名	開講期間(月間、日間)	厚生労働省 育成カリキュラム に準拠	研修 時間(H)	対応言語	実績人数 (修了人数)	受講料
28年度	(例)医療通訳者養成〇〇コース	2016年7月～9月(3ヵ月)	○	91	中国語	15名	200,000円
28年度	(例)短期養成医療通訳養成〇〇セミナー	2016年12月24日・25日(2日間)		15		20名	150,000円
						名	円
						名	円
						名	円
						名	円
						名	円
						名	円
						名	円
						名	円
						名	円
						名	円

医療通訳や言語教育に係わるその他実績について、上記以外に実績・ノウハウ等あれば記載してください
また、修了生への就業サポート体制等の実績があれば記載してください。