

様式 3

医療通訳配置状況

病院名：

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	
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 <small>※医療通訳としての従事割合が 100%以外の場合のみ記入</small>	医療通訳者としての従事割合 (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 <small>※経験職種、就業先、経験年数、 従事の頻度等の実績</small>	(記入できなければ別紙にて提出)
学 習 経 験 <small>※学習内容、通学歴・受講歴等 の実績</small>	(記入できなければ別紙にて提出)
保 有 資 格 <small>※語学力を証明する資格、医療通訳 業務に関連する資格等</small>	(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：
	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。