

様式 2

外国人向け医療コーディネーター配置状況

外国人向け医療 コーディネーター	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		
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)	
本事業に関連する経験	(記入できなければ別紙にて提出)  ※医療機関・国際医療交流に関する経験など	
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。