|  |  |
| --- | --- |
| **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Ａ４判で作成してください。