

## 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（満 歳）
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	
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（日本語を除く） （ 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：
	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。