

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
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
賃金 ※補助金申請対象者でない場合は記入不要	※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)

兼務の状況 ※医療通訳としての従事割合が100%以外の場合のみ記入	医療通訳としての従事割合 (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 ※経験職種、就業先、経験年数、従事の頻度等の実績	(記入できなければ別紙にて提出)
学習経験 ※学習内容、通学歴・受講歴等の実績	(記入できなければ別紙にて提出)
保有資格 ※語学力を証明する資格、医療通訳業務に関連する資格等	(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 :	責任者印
	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。