

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 :				
	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				
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 ※医療コーディネーターとしての 従事割合が100%以外の場合のみ記入	医療コーディネーターとしての 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、医療コー ディネーター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。