

医療通訳者配置状況

医療機関名： \_\_\_\_\_

医療通訳者	所属部署名：		
	フリガナ 氏名：		
配置（予定）年月日	西暦	年	月 日
	以下、あてはまる場合のみ選択 ・新規雇用 ・異動等		
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		
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 ※医療通訳者としての従事割合が 100%以外の場合のみ記入	医療通訳者としての従事割合 (1%~99%の範囲)	○ %
	兼務業務の内容（枠内に収まら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	(枠内に収まら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	(枠内に収まら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	(枠内に収まらなければ別紙にて提出)

所属部署管理責任者	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。