

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。