

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 ※医療通訳者としての配置年月日	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 ※医療通訳に係る経験職種、 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 ※医療通訳に係る学習内容、 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)
医療通訳に係る 資格試験の受験状況 ※医療通訳技能認定試験 (基礎・専門)等	<input type="checkbox"/> 受験済（試験名： _____）⇒ 合格・不合格 <input type="checkbox"/> 受験予定（試験名： _____） <input type="checkbox"/> その他（ _____）

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。