|  |  |
| --- | --- |
| **様式３** |  |

**外国人患者受入れ医療コーディネーター配置状況**

医療機関名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 外国人患者受入れ医療  コーディネーター | 所属部署名 ： | | |
| フ リ ガ ナ  氏　　名 ： | | |
| 配置（予定）年月日  ※医療コーディネーターとしての  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  ※外国人患者受入れ  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 | | 外国人患者受入れ医療コーディネーターとしての  従事割合（1％～99％の範囲で右欄に記入） | ％ |
| 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  　　※医療コーディネーター業務に係る  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  　　※医療コーディネーター業務に係る  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、医療コー  ディネーター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Ａ４判で作成してください。