

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 A 4 判で作成してください。