

医療通訳者・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： _____

職種 <small>※①～③のうち該当するものに○を入力</small>	① 医療通訳者	
	② 外国人患者受入れ医療コーディネーター	
	③ 医療通訳者・外国人患者受入れ医療コーディネーターの兼務	
所属部署名		
フリガナ		
氏名		
配置（予定）年月日 <small>※医療通訳者／外国人患者受入れ医療コーディネーターとしての配置年月日</small>	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 <small>※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</small>		
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 <small>※医療通訳者としての従事割合が100%以外の場合のみ記入</small>	医療通訳者としての従事割合 (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 <small>※医療通訳者／外国人患者受入れ医療コーディネーターに係る経験職種、就業先、経験年数、従事の頻度等の実績</small>	(枠内に収まらなければ別紙にて提出)	
学習経験 <small>※医療通訳者／外国人患者受入れ医療コーディネーターに係る学習内容、通学歴・受講歴等の実績</small>	(枠内に収まらなければ別紙にて提出)	
保有資格 <small>※語学力を証明する資格、医療通訳者／外国人患者受入れ医療コーディネーターに関連する資格等</small>	(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 <small>※医療通訳技能認定試験（基礎・専門）等</small>	<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：
	氏名：

※本様式は、日本工業規格 A 4 判で作成してください。