|  |  |
| --- | --- |
| **様式５** |  |

**組 織 体 制 図**

医療機関名：

※形式は問いません。

　医療通訳者・外国人患者受入れ医療コーディネーターの組織体制を記載してください。

　（所属部署・指揮命令系統について明記すること）

|  |
| --- |
| （枠内に収まらなければ別紙にて提出） |

※本様式は、日本工業規格Ａ４判で作成してください。