様式２

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 ※①～③のうち該当するものに○を入力		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 ※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	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 ※従事割合が100%以外の場合のみ記入	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	（枠内に収まらなければ別紙にて提出）
学　習　経　験 ※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	（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	（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	□ 受験済（試験名：　　）⇒ 合格・不合格 □ 受験予定（試験名：　　） □ 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Ａ４判で作成してください。