

帰国確認報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 医療法人 医療会 ○○病院
受入れ施設住所 〒123-4567 ○○県○○市○○町 2-2-2
受入れ施設代表者職氏名 院長 社会太郎
担当者職氏名（連絡先電話番号） 総務部長 亜細亜三郎 （0000-00-0000）

国際厚生事業団からお伝えした「受入機関番号」を記入してください。

どのようにして確認したか、帰国便、出国空港名等を具体的に記入してください。

【受入れていた看護師候補者/介護福祉士候補者】

パスポート記載の名前を記入してください。

国際厚生事業団からお伝えした「候補者番号」を記入してください。

氏名 (アルファベット氏名)	○○○ ○○○ (○○○ ○○○)	△△△ △△△ (△△△ △△△)	
国籍	インドネシア	インドネシア	
性別	男	女	男 女
生年月日	西暦 19○○年 ○○月 ○○日	西暦 19○○年 ○○月 ○○日	西暦 年 月 日
受入れ者番号	ID0000001	ID0000002	
外国人登録番号	B 第 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 号	B 第 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 号	第 号
就労(就学)開始年月日	西暦 20○○年 ○○月 ○○日	西暦 20○○年 ○○月 ○○日	西暦 年 月 日
出国年月日	西暦 20○○年 ○○月 ○○日	西暦 20○○年 ○○月 ○○日	西暦 年 月 日
在留期限 (在留期間の満了する日)	西暦 20○○年 ○○月 ○○日	西暦 20○○年 ○○月 ○○日	西暦 年 月 日
出国の確認状況	○○○○○○○	○○○○○○○	

社団法人国際厚生事業団 殿

当機関受入れの上記の者が帰国いたしましたので報告いたします。

書類作成日を記入

20○○年 ○○月 ○○日

候補者の旅券の上陸許可証印に記載された「在留期限」を記入してください。

受入れ機関名称 医療法人 医療会 (受付番号 0000001) ◀.....

受入れ機関住所 〒234-5678 ○○県○○市○○町 2-2-2

代表者職氏名 理事長 医療一郎

連絡先電話番号 0000-00-0000

担当者職氏名 総務部長 国際次郎

公印は必要ありません。