

### 受入れ施設の要件遵守状況の報告

【受入れ施設】

受入れ施設名称 (施設種別) 〇〇病院 ( )

受入れ施設住所 〒123-1111 〇〇県〇〇市〇〇町5-5-5

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 垂細垂三郎 ( 03-3333-3333 )

実際に就労している受入れ施設の情報を記入して下さい。

【受け入れている看護師/介護福祉士】

氏名 (アルファベット氏名)	エビシディ イエフジ ( ABCD EFG )		( )	( )
国籍	フィリピン			
性別	男			
生年月日	西暦	1981年	3月	23日
候補者番号	PH1000001			
在留カード番号 (外国人登録番号)	A	B	1	1
在留期限 (在留期間の満了する日)	西暦	2014年	8月	日
受入れ者の配属先及び業務内容	配属先: 一般外来 業務内容: 看護師業務			

合格したEPA看護師・介護福祉士の配属先をご記入下さい。

法人(機関)の情報を記入して下さい。  
ココに記入するのは、施設の情報はではありません。(病院名や、特養等の施設名ではなく、医療法人や社会福祉法人などの法人名ご記入ください。)

国際厚生事業団からお伝えしたフケタの「受入れ機関番号」を記入して下さい。

公益社団法人 国際厚生事業団  
受入れ施設の要件遵守状況に

法人(機関)の担当者がいない場合は、施設担当者名をご記入下さい。

告します。  
日

受入れ機関名称 医療法人 医療会 (受入れ機関番号 1111111)

受入れ機関住所 〒234-5678 〇〇県〇〇市〇〇町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