

### 雇用契約の要件(同等報酬要件)遵守状況の報告

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。

#### 【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) 〇〇病院 ( 病院 )

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 ( 03-3333-3333 )

#### 【受け入れている看護師候補者/介護福祉士候補者/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	西暦	年	月	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	2	3	4	5	1	2	3	3			
就労開始年月日	西暦	2010	年	8	月	3	日	西暦	年	月	日				
基本給月額	時給800円														
過去1年の月平均支払総額 (諸手当・超過勤務手当等を含む。但し賞与を除く)	14万円														
過去1年に支払った賞与額	5万円														

基本給が月額の場合は、月額の基本給額を記入して下さい。

基本給が日給や時給の場合は、日給や時給の額を記入してください。また、額の前にその単位(日給、時給)を記入してください。

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7ケタの「受入れ機関番号」を記入して下さい。

※同等報酬を確認できる書類を添付のこと

公益社団法人 国際厚生事業団  
雇用契約の要件(同等報酬要件)  
上記のとおりであることを報告しま  
2014 年 4 月 1 日

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。

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