

在留資格変更報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称（施設種別） ○○病院 （病院）

受入れ施設住所 〒123-1111 ○○県○○市○○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 亜細亜三郎 （03-3333-3333）

貴施設の情報を入力して下さい。（病院や特養等の情報を入力して下さい）

在留資格の変更の許可を受けた日をご記入下さい。（在留カードの許可年月日を記入）

【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)	在留資格の変更の許可を受けた日	西暦 年 月 日
国籍	フィリピン	在留許可の変更理由	
性別	男	<input type="checkbox"/> 1 特定活動の在留資格から、特定活動以外	労働契約締結日については、EPA看護師もしくはEPA介護福祉士と受入れ機関(法人)の間で締結した日付をご記入下さい。契約書がない場合は、就労開始日をご記入ください。
生年月日	西暦 1981 年 3 月 23 日	<input type="checkbox"/> 3 受入れ施設の変更に伴い、在留資格の変更の許可を受けた	
候補者番号	PH1000001	<input checked="" type="checkbox"/> 受入れ機関の変更に伴い、在留資格の変更の許可を受けた	転職前の機関名(法人名)を記入して下さい。
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	労働契約締結日: 西暦 年 月 日	転職前の施設名を記入して下さい。
就労開始年月日	西暦 2014 年 8 月 1 日	変更前受入れ機関名称: 変更前受入れ施設名称:	

公益社団法人 国際厚生事業団 殿

貴施設での就労開始年月日を入力してください。

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 ○○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

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。

貴法人(機関)の情報を入力して下さい。
ここに記入するのは、施設の情報ではありません。(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。