

雇用契約の要件(同等報酬要件) 遵守状況の報告

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) _____ ()

受入れ施設代表者職氏名 _____ ()

担当者職氏名(連絡先電話番号) _____ ()

【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) | () | () | () |
| 国籍 | | | |
| 性別 | 男 | 女 | 男 |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 |
| 受入れ者番号 | | | |
| 外国人登録番号 | 第 号 | 第 号 | 第 号 |
| 就労開始年月日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 |
| 基本給月額 | | | |
| 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) | | | |
| 過去1年に支払った賞与額 | | | |

※同等報酬を確認できる書類を添付のこと

社団法人国際厚生事業団 殿

受入れ機関名称

雇用契約の要件(同等報酬要件) 遵守状況について

受入れ機関住所

上記のとおりであることを報告します。

代表者職氏名

年 月 日

連絡先電話番号

担当者職氏名

フィリピン人看護師等に対する同等報酬について

受入れ施設名称 _____

受入れ施設住所 _____

看護師候補者・介護福祉士候補者・看護師・介護福祉士 _____
(受入れ者番号 _____) に対する報酬は、

当施設において _____ の業務に従事する、経験年数 _____ 年目
の者 (_____ 資格保有) と同等とし、当施設の賃金規定第 _____ 条に基
づき、

_____ 円 (基本給 _____ 円、諸手当 _____ 円)
としています。

※不要な字は抹消して使用のこと

社団法人国際厚生事業団 殿

フィリピン人看護師等に対する報酬について、上記のとおりであることを報告
します。

年 月 日

受入れ機関名称 (受付番号 _____)

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名