とちぎ医療勤務環境改善支援センター（栃木県医師会地域医療課）　　行

ＦＡＸ：０２８－６２４－５９８８　　E-mail：iryokinmu@tochigi-med.or.jp

医業経営・労務管理相談申込書

申込み日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住　　　所 | 〒 |
| 担　当　者 | 所属部署名 |  | 職　　　名 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 職　員　数 |  | 医　　　師 | 看　護　師 | 医療技術職 | 事　務　職 |
| 常　勤 |  |  |  |  |
| 非常勤 |  |  |  |  |
| 相談内容 | ＊該当する番号に○を付してください。（複数可）　１　医業経営（医療制度・医事法制面、組織マネジメント・経営管理等）　２　労務管理（就業規則、労働時間管理、労働安全衛生等）　３　その他（勤務環境改善取組に関すること等）＊相談内容を具体的に記載してください。 |
| ＊アドバイザー（ご希望がございましたら、○を付してください。複数可。）　１　医業経営アドバイザー（医業経営コンサルタント）　２　医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）　３　取組支援アドバイザー（勤務環境改善に取り組んだ経験のある医療従事者） |
| 相談方法 | ＊該当する番号に○を付してください。　１　電話による相談・支援　　　　　　　２　メールによる相談・支援　３　訪問による相談・支援　　　　　　　４　センターへの来所による相談・支援　５　ＷＥＢ（Ｚｏｏｍ）による相談・支援＊その他、ご要望等がございましたら、ご記入ください。 |
| 相談日時 | 第１希望　　　月　　　日（　　　）午前・午後　　　時　　　分第２希望　　　月　　　日（　　　）午前・午後　　　時　　　分　※アドバイザーと日程調整のうえ、連絡いたします。 |

※センター記入欄

　受付日：令和　　年　　月　　日（　　）　　　受付№：

　対応日時：令和　　年　　月　　日（　　）

　対応者：

　備　　考：