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第一課）　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No.：
対応日時：令和　　年　　月　　日（　　）
対応者：
備　　考：