

医業経営・労務管理相談申込書

申込み日 平成 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	薬 剤 師	コメディカル	事務職員	看護補助者	その他
相 談 内 容	<p>*該当する番号に○を付してください。(両方ご希望の場合は、どちらも○を付してください。)</p> <p style="margin-left: 20px;">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)</p> <p style="margin-left: 20px;">2 労務管理 (就業規則、労働時間管理、労働安全衛生等)</p> <p>*相談内容を具体的に記載してください。</p>						
希 望 方 法	<p>*該当する番号に○を付してください。</p> <p style="margin-left: 20px;">1 電話による相談・支援</p> <p style="margin-left: 20px;">2 訪問による相談・支援</p>						
希 望 日 時	<p>第1希望 月 日 () 午前・午後 時 分</p> <p>第2希望 月 日 () 午前・午後 時 分</p> <p style="text-align: center;">※アドバイザーと日程調整のうえ、連絡いたします。</p>						

※センター記入欄

受付日：平成 年 月 日 () 受付No. :

訪問(対応)日時：平成 年 月 日 ()

訪問(対応)者 :

備考 :