

支援センター使用欄No. ()

茨城県医師会 医療勤務環境改善支援センター 行

相 談 申 込 書

提出日： 令和 年 月 日

医療機関名			
住 所	〒		
担 当 者	担当部署		
	職・氏名	(職)	(フリガナ)
連 絡 先	電 話		FAX
	E-mail		

相談への対応は、病院への訪問相談又はメール、ファックスによる相談になります。
 どちらかの□に✓を入れ選択してください。

アドバイザー(社会保険労務士等)による訪問相談を希望します ➡ 相談内容を記入してください

希 望 日 時	第1希望	年 月 日	午前 ・ 午後	時頃
	第2希望	年 月 日	午前 ・ 午後	時頃

※ 日程は当支援センターが委嘱するアドバイザーと調整のうえ決定します。

メール、ファックスによる相談を希望します ➡ 相談内容を記入してください
※ アドバイザーが回答しますので、回答まで通常1日、2日お時間を頂戴いたします。

相 談 内 容

(該当する項目の□に✓を入れて選択してください。)

- 労務管理 (労働時間管理・休暇取得促進・就業規則の策定等)
- 医業経営 (診療報酬・組織マネジメント・医療制度・経営管理等)

(相談内容を箇条書きで具体的に記載してください)

※ 相談内容の詳細につき必要がある場合、相談員から確認させていただくことがあります。

※ 初めに下記あて電話により相談員に連絡をお願いします。

※ 相談申込書に記入し下記連絡先へメールまたはFAXで送付願います。

TEL : 029-303-5012

FAX : 029-303-5116

E-mail : iryokankyo@ibaraki.med.or.jp