

### 女性医師等就業支援相談受付シート

年 月 日

氏名(医療機関からの相談の場合は担当者)		医療機関名	
TEL		メールアドレス	
FAX		希望する連絡方法	

相談の内容については該当する項目に○または記入をしてください。

 <b>医 師</b>	1.就職について(復職・転職) .....	[ ]
	2.勤務環境について .....	[ ]
	3.育児や介護について .....	[ ]
	4.研修や実習などのキャリアアップについて .....	[ ]
	5.その他 [	]
	●アドバイザー(現役女性医師)の助言の希望 .....	( 有 ・ 無 )
●相談方法 .....	( メール ・ 電 話 ・ 面 談 )	

 <b>医療機関</b>	1.医師の病児保育システムの構築 .....	[ ]
	2.両立支援の充実(保育支援等) .....	[ ]
	3.勤務環境改善(具体的に) [	]
	4.勤務環境改善に必要な職員研修の実施 .....	[ ]
	5.その他 [	]
	●医療労務管理アドバイザーの助言の希望 .....	( 有 ・ 無 )
●相談方法 .....	( メール ・ 電 話 ・ 面 談 )	

#### 相談シート受付後の流れ

