|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援センター使用欄 | 整理区分[ 　 ] | No.( ) |

鳥取県医療勤務環境改善支援センター

**相談申込書**

※**申込日**　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **施　設　名** |  | | | |
| **住　　　所** |  | | | |
| **担　当　者** | **氏名** |  | | |
|  | **部署名** |  | **役職名** |  |
|  | **電話** |  | **FAX** |  |
|  | **E-mail** |  | | |
| **相 談 内 容** | | | | |
| **該当する項目に☑をしてください（複数可）**  　□ 労務管理（労働時間管理・休暇取得促進・就業規則　等）  　□ 医業経営（組織マネジメント・経営管理　等）  □ その他（講師派遣・紹介　等）  **希望される支援等の方法に☑をしてください**  　□ 支援センターへの来所による相談  　□ アドバイザーとの電話による相談  　□ アドバイザーの訪問による支援  □ その他（Zoomによる相談　等） | | | | |
| ※相談内容を具体的に記載 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| 支援センター使用欄 |

**………………………………………………………………………………………………………………….**

**◆必要事項をご記入の上、FAX等にてご送信ください。受付後、当センターから連絡いたします。**

**FAX：０８５７－２９－１５７８　／　E-mail：kinmukaizen-c@tottori.med.or.jp**