秋田県社会保険労務士会　医療労務管理支援事業あて

**FAX：018-863-1839**

**E-mail：****akita3@akita-sr.or.jp**

（秋田県医療勤務環境改善支援センター）

**相談・講師派遣申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| ご担当者様職氏名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| ご相談をご希望の方は、以下にご記入ください。□には✓を付けてください。 |
| 相談方法 | □訪問　□来所　□web会議システム（Teams） |
| 希望日時 | 第１希望日 | 　　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分頃から |
| 第２希望日 | 　　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分頃から |
| 相談内容※複数選択可 | □労働時間、勤務シフトの見直し　・医師の労働時間短縮計画・宿日直許可申請の仕方□勤務環境改善マネジメントシステムの導入の仕方□勤務環境改善計画の作成の仕方 | □労働安全衛生管理体制の見直し□セクハラ・パワハラ問題への対応の仕方□メンタルヘルス対策□賃金・手当の見直し□就業規則の見直し□その他医療労務・経営に関すること |
| 上記相談内容の詳細又は、上記以外の相談内容をご記入ください。 |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 講師派遣をご希望の方は、以下にご記入ください。□には✓を付けてください。 |
| 希望日時 | 第１希望日 | 　　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分頃から |
| 第２希望日 | 　　　　　月　　　　日　　　　時　　　　分頃から |
| 希望講演時間 | 　　　　時間　　　分 | 希望講演回数 | 　　　　回 |
| 講演方法 | □対面　□web会議システム（Teams） |
| 予定会場 |  |
| 準備できる物 | □パソコン　□プロジェクター　□スクリーン　□ポインタ□マイク　□ホワイトボード　□その他（　　　　　　　　）　 |
| 参加予定人数 | 名 | 参加予定者職位 |  |
| 依頼したい演題や内容について、こちらにお書きください。 |
|  |
|  |