

## 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	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 勤務環境改善マネジメントシステム の導入の仕方 <input type="checkbox"/> 勤務環境改善計画の作成の仕方	<input type="checkbox"/> 労働安全衛生管理体制の見直し <input type="checkbox"/> セクハラ・パワハラ問題への対応の仕方 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス対策 <input type="checkbox"/> 賃金・手当の見直し <input type="checkbox"/> 就業規則の見直し <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> web 会議システム (Teams)		
予定会場			
準備できる物	<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> ポインタ <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> 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。			