秋田県社会保険労務士会　医療労務管理支援事業宛

（秋田県医療勤務環境改善支援センター）

**FAX　018-863-1839**

**E-mail　akita3@akita-sr.or.jp**

医師労働時間短縮計画作成支援サービス申込書

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 |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 以下にご記入ください。□には✓を付けてください。 | | |
| 支援方法 | □訪問　□来所　□web会議システム（Microsoft 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 |
| 支援内容  ※複数選択可 | □全体的な制度説明  □制度説明に関する院内セミナーの開催  □時短計画作成ガイドラインの解説  □作成中又は作成済の時短計画の確認・助言  □医師の勤務実態調査支援ツールの提供  □評価項目と評価基準の解説  □他施設での取組事例紹介  □その他時短計画に関すること | |
| 上記支援内容の詳細又は、上記以外の支援内容をご記入ください。 | | |
|  | | |