

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	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 全体的な制度説明 <input type="checkbox"/> 制度説明に関する院内セミナーの開催 <input type="checkbox"/> 時短計画作成ガイドラインの解説 <input type="checkbox"/> 作成中又は作成済の時短計画の確認・助言 <input type="checkbox"/> 医師の勤務実態調査支援ツールの提供 <input type="checkbox"/> 評価項目と評価基準の解説 <input type="checkbox"/> 他施設での取組事例紹介 <input type="checkbox"/> 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。				