

相談をご希望の方は、相談等申込書に必要事項をご記入の上、FAXをご送信ください。

FAX 059-253-8880

三重県医療勤務環境改善支援センター 行

## 相談等申込書

申込日 令和 年 月 日

医療機関の名称		
所在地		〒
施設管理者		
担当者氏名		
所属・職名		
連絡先	電話	
	E-mail	

相談日時	第1希望	令和 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分
※日時を調整させていただく場合がございますので、予めご了承ください。		
相談方法	<input type="checkbox"/> 電話による相談を希望 <input type="checkbox"/> Web (Zoom) による面談を希望 <input type="checkbox"/> アドバイザー・研修講師の派遣を希望 <input type="checkbox"/> センターでの面談を希望	
相談内容	<input type="checkbox"/> 医師の時間外労働の上限規制 <input type="checkbox"/> 勤務実態の把握 (労働時間の適正な把握) <input type="checkbox"/> 自己研鑽の取扱い <input type="checkbox"/> 宿日直許可の取得 <input type="checkbox"/> 追加的健康確保措置 <input type="checkbox"/> 医師労働時間短縮計画の策定 <input type="checkbox"/> 院内研修 <input type="checkbox"/> 労務管理一般 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	■特に相談をご希望の内容がございましたら、具体的にご記入ください。	

電話によるご相談 (申込み) は、059-253-8879番 にご連絡ください。