**送付先：大阪府医療勤務環境改善支援センター　　　　　　　FAX：06-6776-1618**

**相談支援申込書**

申込書提出日：　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | |
| 住　所 | 〒 | | | |
| 担当者 | 部署名 |  | | |
| 職・氏名 |  | | |
| 電話 |  | FAX |  |
| E-mail |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 相談内容について  （相談したい内容について☑をしてください。両方希望する場合は、どちらにも☑してください）   * 労務管理（労働時間管理・休暇取得促進・就業規則の策定等） * 医業経営（診療報酬・組織マネジメント・医療制度・経営管理等） | |
| ご希望の  相談方法 | 該当するものに☑して下さい。  □勤改センターへの来所による相談　　　　　　　□医療機関への訪問による支援 |
| 希望日時※ |  |

**※日時は、希望日時を参考に日程調整（ご記入頂いた連絡先に電話連絡）のうえ決定します。**

**大阪府医療勤務環境改善支援センター**

**◆記入後は、FAXまたはメールで送付して下さい。**

**FAX番号：０６-6776-１６１８　　　　　　Email :　adviser@pihao.or.jp**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （勤改センター処理欄） | 受付日 |  |
| 受付者 |  |