

## 相談申込書（労務管理・医業経営）

申込日 年 月 日

施設名			
住所			
担当者	氏名		
	部署名		
	電話		
	E-mail		
職員数		常 勤	非常勤
	医 師	名	名
	看護師	名	名
	薬剤師他	名	名
相 談 内 容			
<p>(該当するものに☑をしてください。両方希望する場合はどちらも☑をしてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 労務管理（労働時間管理・休暇取得促進・就業規則 等）</p> <p><input type="checkbox"/> 医業経営（組織マネジメント・経営管理 等）</p> <p>*相談内容を具体的に記載してください。</p>			
希望方法	<p>(該当するものに☑をしてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> アドバイザーとの電話による相談</p> <p><input type="checkbox"/> アドバイザーの訪問による支援</p>		
希望日時※			

※相談日・訪問日は、希望日を参考に日程調整のうえ連絡します。

◆記入後は、下記連絡先へ FAX またはメールで送付してください。

FAX 番号 : 086-251-6622 E-mail : kinkai\_c@po.okayama.med.or.jp