

相談申込書

長野県医療勤務環境改善支援センター 行

申込日 令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|--|--------|-------------------|--|----------|------|-------------------------------|------|
| 医療機関名 | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | |
| 担当者 | 氏名 | | | 病床 | 病床区分 | 病床数 | 看護基準 |
| | 所属部署 | | | | | | |
| | 電話 | | | | | | |
| | E-mail | | | | | | |
| 職員数 | 区分 | 常勤 | | 非常勤 | | (左のうち派遣労働者) | |
| | 医師 | | | | | | |
| | 看護師 | | | | | | |
| | 准看護師 | | | | | | |
| | 看護補助者 | | | | | | |
| | 介護士 | | | | | | |
| | 薬剤師 | | | | | | |
| | 検査技師 | | | | | | |
| | 放射線技師 | | | | | | |
| 事務職 | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | |
| 相談内容 | | | | | | | |
| (該当するものに☑を付してください。両方を希望される場合には、どちらも☑を付してください。) | | | | | | | |
| ☐労務管理 | | | | | | | |
| ☐労働時間管理 | | ☐休暇取得 | | ☐就業規則 | | ☐給与制度 | |
| ☐その他() | | | | | | | |
| ☐医業経営 | | | | | | | |
| ☐組織マネジメント・経営管理 | | | | ☐医療制度 | | | |
| ☐人事制度(職能資格制度、賃金制度、評価制度、能力開発制度及び目標管理制度など) | | | | | | | |
| ☐その他 | | | | | | | |
| ※以下に相談内容を具体的に記載してください。 | | | | | | | |
| 相談方法 | | 該当するものに☑を付してください。 | | | | | |
| | | ☐電話による相談 | | ☐来所による相談 | | ☐訪問による相談 | |
| 相談希望日時 | | | | | | ※相談日、訪問日は、希望日を参考に日程調整の上連絡します。 | |

※下記連絡先へファックス又はメールで送付してください。

FAX 026-235-7377

支援センター記入欄 受付番号()

E-mail : ishikango@pref.nagano.lg.jp