大分県医療勤務環境改善支援センター　行

**相談申込書**

提出日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |
| 病床数 | 一般（　　床）、療養（　　床）、精神（　　床）、結核（　　床） | 計（　　　床） |
| 職員数 |  | 医　師 | 看護職 | その他 | 計 |
| 常　勤 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 非常勤 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 相談内容 | 　医療労務管理面　　・　　医業経営面　（いずれかに○をつけてください） |
| ※具体的にご記入ください。 |
| 希望日 |  |

※希望日にアドバイザーから連絡致します。

ご記入後は、ＦＡＸまたはメールで送付してください。

**ＦＡＸ：０９７－５０６－１７３４**

**E-mail：****a12620@pref.oita.lg.jp**