

令和 年 月 日

山形県医療勤務環境改善支援センター長 宛

医療機関名
代表者職氏名

医療勤務環境改善支援アドバイザー派遣依頼書

当医療機関の医療勤務環境改善の取組にあたり、アドバイザー派遣を依頼します。

派遣希望日時	令和 年 月 日 () 時～													
場所 (会場)														
相談分類 ※1	医療労務管理						医業分野						未分類	
	労働改善		健康 支援	働きやすさ確保			その他	診療 報酬	制度・ 医事 法制	組織・ 経営 管理	関連 補助 制度	キャリ ア形成 ・支援		その他
	労働 時間 管理	負担 軽減		仕事 との 両立	安全 確保	いじめ ハラス メント								
主な 相談内容 ※1	御依頼いただいた内容によって承ることができない場合もありますのでご了承ください。													

担 当
電話番号
E-mail

※ 1 相談内容に当てはまるものに○印を記入してください（複数記入可）。