

滋賀県医療勤務環境改善支援センターへの

ご相談・お問い合わせFAX用紙

077-525-5859

FAX番号(24時間受付)

以下ご記入のうえ、上記のFAX番号に送信してください。(* は必須項目です。)

| | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|------|------|------|------|-----|---|
| * 医療機関の名称 | | | | | | | | |
| * 担当者 | 所属 | | | | | | | |
| | 職名 | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | FAX | | | |
| | E-mail | | | | | | | |
| 病床数 総病床数 床 | <input type="checkbox"/> 医療 | 一般 | 療養 | 結核 | 精神 | 感染 | 計 | |
| | | <input type="checkbox"/> 介護療養 | | | | | | |
| 従事職員数 総職員数 名 | 勤務形態 | 医師 | 看護関係 | 医療技術 | 薬剤関係 | 事務関係 | その他 | 計 |
| | 常勤 | | | | | | | |
| | 非常勤 | | | | | | | |

ご相談・お問い合わせの内容

(区分) 該当する項目の□に✓をしてください。

- 医療従事者の働き方・休み方の改善
- 医療スタッフの健康支援
- 働きやすさ確保のための環境整備
- 働きがい向上を目指した制度等の検討
- その他

* (希望される支援等の方法) 該当する項目の□に✓をしてください。

- 支援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

* (相談されたい内容又はお問い合わせの内容) 具体的にお書きください。