熊本県医療勤務環境改善支援センター 宛
相談申込書

提出日:　　年　　月　　日

施設名				
住　所				
担当者	部署名			
	職・氏名			
	電　話		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

ご相談内容

具体的にご記入ください

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:096-354-3885

E-mail：i-kinmukaizen@kumamoto.email.ne.jp