

# 令和3年度『医師の労働時間短縮計画作成に関するセミナー』

## 参加申込書

F A X送信先：096-354-3885
Email送信先：i-kinmukaizen@kumamoto.emeil.ne.jp
熊本県医療勤務環境改善支援センター 行

### 1 所属医療機関等

施設の名称	
所在地	
連絡先	TEL. _____ FAX. _____

### 2 参加者と希望する研修

職名	職種	氏名	希望する日程の番号 (No.)
メールアドレス (パソコン又はタブレットの利用を推奨)			

※ 1モニターで複数の方が参加希望の場合には、申込前に御一報ください。

### 3 事前質問等

受講される研修内容に関して、特に解説を希望される事項や御質問があれば、以下に記入してください。研修時又は研修後に講師がお答えいたします。

--

### 4 個別相談の申込み

医療機関における労務管理に関する日頃の悩みや疑問等で個別に相談されたい事項があれば、以下に記入してください。セミナーとは別日に、内容に応じて適任のアドバイザー (社会保険労務士や医業経営コンサルタント等) がオンライン又は面談等に対応します。

--