**令和３年度　福岡県医療勤務環境改善センター個別WEB相談会**

**参 加 申 込 書**

**FAX　092－643－3277**

**※令和４年２月４日（金）まで**に、本書のみＦＡＸで送付してください（送信票不要）。

|  |  |
| --- | --- |
| 【　送付先　】福岡県保健医療介護部医療指導課医師・看護職員確保対策室医師確保班　担当　香山　行 | 【　差出人　】医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者：　　　　　　　　　　　　　　　 　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　 　　 MAIL:  |

（１）参加者の職種（医師、看護師、事務等）、職位、氏名をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 役　職 | 氏　名 | 職　種 | 役　職 | 氏　名 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（２）参加希望の日時に第１希望は①第２希望は②というように「①～③」をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2/28（月） | 3/1（火） | 3/2（水） | 3/3（木） | 3/4（金） |
| １部 |  |  |  |  |  |
| ２部 |  |  |  |  |  |
| ３部 |  |  |  |  |  |

※相談枠の上限を超える申込があった場合、相談をお断りさせていただくことがございます。

（３）相談内容を具体的に記載してください。

　　　※事前に担当アドバイザーに共有しますので、奇麗な字で簡潔に記入願います。

|  |
| --- |
|  |