

# 東京都看護協会 法律相談窓口 <申込みフォーム>

## ○ 会員様の情報をご入力ください

お名前 カタカナ入力	セイ <input type="text"/> メイ <input type="text"/>
性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
連絡が取れる 電話番号(携帯可) ※	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
メールアドレス ※	<input type="text"/> @ ※確認用 <input type="text"/> @
所属	<input type="text"/>
肩書	<input type="text"/>

※ どちらかは入力必須

## ○ ご相談内容をご入力ください

発生日時	<input type="checkbox"/> 年 月 日 時頃 <input type="checkbox"/> 年 月 旬頃
内容	<input type="text"/>

## ○ ご希望の相談日時と相談種類をお選びください

相談希望日時	第一希望 <input type="text"/>	希望時間 <input type="text"/>
	第二希望 <input type="text"/>	希望時間 <input type="text"/>
	第三希望 <input type="text"/>	希望時間 <input type="text"/>
相談種類	<input type="checkbox"/> 医療事故に関する事 <input type="checkbox"/> 職場環境に関する事 (労働時間、賃金、ハラスメント等) <input type="checkbox"/> 患者対応に関する事 (クレーム等) <input type="checkbox"/> その他業務上発生した問題に関する事	