**＜申込みフォーム＞**

**〇　会員様の情報をご入力ください**

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ※**  お名前（漢字） | ○  ○ |
| 性別 | 女性　　　　男性 |
| 連絡が取れる  電話番号(携帯可)　**※** |  |
| メールアドレス　**※** |  |
| 所属 |  |
| 肩書 |  |

**※　入力必須項目**

**〇　ご相談内容をご入力ください**

|  |  |
| --- | --- |
| 発生日時 | 2020/01/01　から 　2020/01/01  　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　頃 |
| 内容 |  |

**〇　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　　2020/01/01  第二希望　　2020/01/01  第三希望　　2020/01/01 | 希望時間  希望時間  希望時間 |
| 相談種類 | 医療事故に関すること医療事故に関すること  　職場環境に関すること（労働時間、賃金、ハラスメント等）  　患者対応に関すること（クレーム等）  　その他業務上発生した問題に関すること | |