**＜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 |