**【申込書】**

**アドバイザー派遣事業**

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関名** |  |
| **御担当者** | **所属／氏名** | 所　属：　　　　　　　　　　　／　氏　名： |
| **TEL／FAX** | ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　／　ＦＡＸ： |
| **ＭＡＩＬ** |  |
| **顧問社会保険労務士の有無** | 　　有り　　　　　　　無し |
| **希望日時** | **第１希望** | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　時　　分 |
| **第２希望** | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　時　　分 |
| **第３希望** | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　時　　分 |
| **希望する内容****（実施形式やアドバイザーに協力を求める内容を御記入ください。）** |  |
| **実施予定会場** | 　　　　　　　　　　　（住所：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **実施にあたり希望すること、事前にアドバイザーに伝えたいこと、留意してほしいこと等** |  |

※　実施希望日の**１か月前まで**に提出してください（**最終申込期限：令和７年２月末日**）。

※　お申し込みいただいた後、担当アドバイザーとの日程調整を行いますので、必ずしも当初の希望日時どおりに実施できるとは限りませんが、御了承ください。

|  |
| --- |
| **【問合せ・申込先】****（医療労務管理アドバイザーのみの派遣）**群馬労働局委託事業実施機関株式会社タスクールPlus　TEL：027-212-4719　FAX：027-212-4718　E-mail：gunma@task-iryo.com**（医業経営アドバイザーを含むアドバイザー派遣）**群馬県健康福祉部医務課医師確保対策室TEL : 027-226-2540 FAX : 027-223-0531　E-mail : imuka@pref.gunma.lg.jp |