

新型コロナウイルス感染症に関する看護職の離職防止相談窓口
相談申込書

申し込み日	月 日
ふりがな 氏名	
年齢	歳
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	
職種	保健師 助産師 看護師 准看護師
職位	スタッフ 中間管理職 管理職 その他()
勤務先施設種別	病院 診療所 福祉・介護施設 訪問看護ステーション その他()
相談内容 該当する項目に ○をつけてくださ い	1. 残業 2. 勤務時間 3. 休日・有給休暇 4. 夜勤 5. 賃金 6. 子育て・介護との両立 7. 差別や偏見 8. 健康不安(感染リスクも含む) 9. ハラスメント・いじめ 10. その他 お電話で相談日の日程を調整させていただきます。その際に簡単に相談内容をお聞かせいただきますので、内容の詳細な記載は結構です。
相談日の連絡	相談日の連絡調整は、お電話でさせていただきます。 月曜・水曜(9:00～16:00)の都合の良い日時を記載してください。 連絡の時間は前後する場合がありますので、ご承知おきください。 月 日 時頃