

ご要望確認シート

本日は、「経営戦略としての医師の働き方改革セミナー」をお聴き取りいただき、誠にありがとうございました。お手数ですが、本シートにご記入のうえ、FAX またはメール (nori@aip-sr.jp) にて送信していただくよう、お願い申し上げます。

病院名		氏名		メールアドレス	
				電話	

次の項目についてのご意見をお聞かせください。

1. このセミナーを知ったきっかけについて

このセミナーを知ったきっかけは何ですか。(□にチェックしてください。)

- ダイレクトメール 弊社のメルマガ 弊社のホームページ お知り合いのご紹介
 「医師の働き方実践ハンドブック」
 その他 具体的にご記入ください。()

2. 内容について (該当する数字に○をつけてください。)

- ①講義内容について理解できましたか？
よく理解できた 5.....4.....3.....2.....1 全く理解できない
- ②難易度はいかがでしたか？
とても難しい 5.....4.....3.....2.....1 とても簡単

3. 実務での活用等について

①セミナーを受講されて、今後の事業経営に関するご感想をお聞かせください。(□にチェックしてください。複数回答可)

- 医師の労働時間を早急に把握したい。 宿日直許可の取得について検討したい。
 自己研さんのルール化を行いたい。 タスクシフト・シェアについて検討したい・
 働き方改革の4つのステップに取り組みたい。 面接指導の体制について検討したい。

②現在、事業運営上であなた自身が悩まれていることは何ですか。

③無料個別相談にご興味はありますか？(□にチェックしてください。)

- 興味がある。 興味がない。 どちらともいえない。

「興味がある」とお答えになった方にお伺いします。ご希望の時期はいつ頃でしょうか？

4. その他

①医師の「勤務実態調査支援ツール」のご提供を希望される方は、こちらに「希望する」とご記入ください。

②ご質問など、自由にご記入ください。

貴重なご意見をありがとうございました。

～個人情報の取り扱いについて～

本アンケートにご記入頂いた個人情報は、厳重に管理いたします。また頂いた個人情報は今後のセミナーの改善ならびに弊社サービスサービスの提供のみ使用させていただきます。利用目的及び利用範囲以外の使用・協力会社への委託・第三者への情報提供は一切行いません。