コンサルタント業務に関する報告書

　年　　月　　日

氏名：

連絡先（電話番号）：

連絡先（メールアドレス）：

１．東京都医療勤務環境改善支援センターの実績（過去5年間を対象）

支援センターの業務で主担当として従事した内容を記載してください。

現状分析・課題抽出支援（主体的な業務を対象）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 内容 | 期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |

課題選択型支援（医業経営相談）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 内容 | 期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |

病院訪問相談

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 内容 | 期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |

組織力向上支援（研修・指導）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 内容 | 期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |

２．その他の実績（過去5年を対象）

医業経営コンサルタントとして主体的に行った実務実績を記載してください。

■実務実績（統括業務のみ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 内容 | 期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

■医業経営コンサルタント以外の資格および経験年数

|  |  |
| --- | --- |
| 資格 | 経験年数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

３．ＯＪＴ参加希望について

東京都支部では経験者の同行のもとで実務を学ぶ機会としてＯＪＴ制度があります。

参加希望について、どちらかに○をつけてください。

ＯＪＴを

希望する 希望しない

※必要に応じて面談あるいは電話での確認を設ける場合があります。