**「GO！GO！5S！－はじめようクリニカル５Ｓ－」参加申込書**

所属

メールアドレス

ｔｅｌ

＊以下にお答えください。

**１．貴院の規模**

①病院（　　　　）床位　②診療所・クリニック　③その他（　　　　　　　　　　　）

**2．貴院での５Ｓ実施状況**

①実施していない

　実施予定あり　　　　　実施予定なし

②実施している

（　　）年目　①整理・整頓　②清掃　③清潔　④しつけ（習慣化）　⑤業務の５Ｓ

**3．クリニカル５Ｓを実施中、実施しようとする中で困っていること**

＊いただいた個人情報は本セミナー以外の目的には使用いたしません。