

出張相談会相談申込書

相談をご希望の場合は、直接お電話いただくか、相談申込書に事業所情報等をご記入のうえ、FAXをご送信ください。折り返しご連絡させていただきます。

FAX : 018-823-3883

令和 年 月 日

貴事業所	名称			
	所在地	〒 (電話： - - / FAX： - -)		
	代表者名	ご担当者名等	部署名： 氏名：	
		E-Mail：		
	資本金の額 又は出資の総額	常時雇用する 企業全体の 労働者数	人	〔うち非正規雇用労働者〕 人
産業分類 (いずれかに○)	A 農業・林業 B 漁業 C 鉱業・採石業・砂利採取業 D 建設業 E 製造業 F 電気・ガス・熱供給・水道業 G 情報通信業 H 運輸業・郵便業 I 卸売業・小売業 J 金融業・保険業 K 不動産業・物品賃貸業 L 学術研究・専門・技術サービス業 M 宿泊業・飲食サービス業 N 生活関連サービス業・娯楽業 O 教育・学習支援業 P 医療・福祉 Q 複合サービス事業 R サービス業 (他に分類されないもの)			

① ご相談内容 ※該当する項目に○をつけて下さい。(複数選択可)

- ・ 労働時間等の労務管理(休日・休暇)
- ・ 助成金の活用
- ・ 人材募集・育成、教育訓練
- ・ 職場環境、労働安全衛生
- ・ 労働紛争、セクハラ、パワハラ等
- ・ モチベーション
- ・ その他 ()
- ・ 同一労働同一賃金
- ・ 就業規則他諸規定、各種労使協定
- ・ 人手不足解消
- ・ 退職、定年再雇用、解雇等
- ・ 社会保険、労働保険
- ・ 何をやっていいかわからない
- ・ 生産性向上による賃金引上げ
- ・ 労働条件管理全般
- ・ 賃金、賞与、退職金制度
- ・ 売上向上
- ・ ストレス(メンタル)チェック

② 出張相談会での相談を希望する場合は希望月日・開始時刻ご記入ください。

・出張相談会での相談を希望します (月 日 : 会場：能代市役所新庁舎)

※相談時間は原則として1時間以内とさせていただきます。

※同一時間帯にご相談希望が重なった場合は、ご連絡のうえ調整させていただく場合があります。

③ 貴事業所に参与している社会保険労務士はいらっしゃいますか？ ・ いる ・ いない

④ その他ご要望等がございましたらご記入ください。()