

雇用管理改善等コンサルタント事業の利用申込書

愛知労働局

令和 年 月 日

事業所名 _____

担当者名 _____

連絡先 _____

【雇用管理改善のために支援を希望する又は検討している事項】

※希望する支援項目にチェックを入れてください。(複数選択可)

※希望する具体的な支援内容について○をお願いします。

支援を希望する項目	具体的な内容
<input type="checkbox"/> 従業員の定着	短期離職の防止、長期勤務のための方策
<input type="checkbox"/> 人事管理制度	勤務形態、職務基準、資格制度、人事考課
<input type="checkbox"/> 賃金体系	昇給、昇格、各種手当
<input type="checkbox"/> 教育訓練	職種別、職位別等の研修体系の整備
<input type="checkbox"/> 福利厚生	労働者住宅、福利厚生施設、健康管理、機器の導入等による職場環境の改善
<input type="checkbox"/> 職場のコミュニケーション管理	
<input type="checkbox"/> 業務管理	人員配置、業務プロセスの見直し
<input type="checkbox"/> その他	上記以外で具体的な支援を希望する内容

【顧問契約を結んでいる社会保険労務士の有無について】

顧問契約を結んでいる社会保険 労務士はいますか	<input type="checkbox"/> いる →他の社会保険労務士に相談することについて 了承を得ていますか <input type="checkbox"/> 得ている <input type="checkbox"/> 得ていない <input type="checkbox"/> いない
----------------------------	---

※ ハローワーク担当者 記入欄

ハローワーク名		ハローワーク担当者名	
同行希望	<input type="checkbox"/> あり → (同行者の役職・氏名：) <input type="checkbox"/> なし		
連絡事項等			