**働き方・休み方改善コンサルタント**

**利用申込書**

石川労働局　雇用環境・均等室　あて

（送信先：17Hatarakikata@mhlw.go.jp）

働き方・休み方改善コンサルタントの個別訪問相談を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業場名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ご担当者  職氏名 |  |
| 相談内容 | □労働時間制度　　　□休暇・年次有給休暇  □残業時間の削減　　□その他 |
| 具体的な相談内容 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**【訪問相談希望日】**

　※日程調整の都合上、申込日から1週間後以降でご記入をお願いします。

第１希望　　　　　　　年　　　月　　　日

第２希望　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　□後日調整

第３希望　　　　　　　年　　　月　　　日