

無料相談申込書

事業所名		ご担当者		様
事業所所在地		電話／	()	
		FAX／	()	
		E-mail／		@
<input type="checkbox"/> 相談コーナーにて面談をご希望の方		相談内容 (参考例)	ご相談内容に該当する項目がございましたらチェックをお願いします。	
希望日 月 日 時頃を希望します			<input type="checkbox"/> 賃金・労働条件等を見直したい。	
<input type="checkbox"/> 訪問相談をご希望の方			<input type="checkbox"/> 労働条件管理制度を確立したい。	
希望日 月 日 時頃を希望します			<input type="checkbox"/> 労働条件の緩和や改善のこと。	
			<input type="checkbox"/> その他医療経営労務に関すること。	
			<input type="checkbox"/> 労働安全衛生管理体制を強化したい。	
			<input type="checkbox"/> 就業規則をしっかりとしたものになりたい。	
			<input type="checkbox"/> 賃金の値上げに関すること。	
			<input type="checkbox"/> その他（下記にご記入ください）	
<p>【その他の相談内容】上記参考例以外にご相談されたい事項がございましたらご記入ください</p>				

FAX.087-862-6733