**ご入力後、下記のメールアドレス宛に添付して送付ください。**

送付先：[kokin-consalting@mhlw.go.jp](mailto:kokin-consalting@mhlw.go.jp)（沖縄労働局 雇用環境・均等室 宛）

**「働き方・休み方改善コンサルタント」利用申込書**

申込日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **会社名** |  |
| **所在地** |  |
| **業種** |  |
| **労働者人数** | **人** |
| **担当者職名・氏名** |  |
| **電話番号** |  |
| **相談内容** | 該当項目に レ を付けてください（複数選択可）  働き方　□労働時間 　 □休日　　　□テレワーク  休み方　□年次有給休暇　□特別休暇　□勤務間インターバル  助成金　□働き方改革推進支援助成金　□業務改善助成金  その他 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 相談内容（簡単にご記入ください） |

**訪問希望日（希望あり または 希望なし にレ点☑をつけてください。）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **訪問希望日** | **□希望あり**  （下記に希望する日時をご入力ください） | **□希望なし** |
| 第一希望：　　　年　　月　　日（　　曜日）　　時頃  第二希望：　　　年　　月　　日（　　曜日）　　時頃  第三希望：　　　年　　月　　日（　　曜日）　　時頃 | お電話で日程調整  いたします |

**なお、この申込書を添付せずにメール本文に上記の必要事項をご入力いただいても結構です。**

※情報の取り扱いについて

　本紙に書かれた個人情報については、働き方・休み方改善コンサルタントの利用申込の把握のみに使用し、当該事業場の許可なく第三者へ提供することはありません。

（R7.4）