

働き方・休み方改善コンサルタント 利用申込書

令和 年 月 日

佐賀労働局雇用環境・均等室 御中

事業場名 _____

事業場所在地 _____

担当者職氏名 _____

電話番号 () _____

業種 _____

労働者数 _____ 人

働き方・休み方改善コンサルタントを利用したいので、申し込みます。

相談事項	* 該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい。複数の項目でも結構です。 <input type="checkbox"/> 労働時間関係 <input type="checkbox"/> 休日関係 <input type="checkbox"/> 年休関係 <input type="checkbox"/> その他
相談内容	* 具体的にご記入ください。 ----- ----- -----

お申込みは、下記のあて先に、郵送または電子メールにより、直接お申し込みください（お急ぎの場合やインターネット環境が無い場合は、電話またはFAXによるお申込みも受け付けております。）。

〒840-0801

佐賀市駅前中央3-3-20 佐賀第2合同庁舎 5階

佐賀労働局雇用環境・均等室

電話 0952-32-7218

E-mail 41kokin@mhlw.go.jp

(FAX 0952-32-7224)

<個人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にのみ使用し、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。