

相談受付シート(医療、介護、障害福祉、保育幼児教育等分野関係)

★ご来所もしくはお電話でご相談ください★

会社名・施設名等				
業種	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 介護施設	<input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園	<input type="checkbox"/> その他 ()
所在地				
連絡先	部 署			
	担当者名			
	電話番号			
	※内容の確認等のためお電話させていただくことがあります。 必ず連絡の取れる電話番号を記載してください。			

相談内容を チェックして ください	<input type="checkbox"/> 職業紹介・募集情報等提供事業の利用料金に関する事 <input type="checkbox"/> 採用した労働者の早期離職に係る返戻金に関する事 <input type="checkbox"/> 他の事業者から採用した者の違約金等に関する事 <input type="checkbox"/> 採用した者に対する転職勧奨等に関する事 <input type="checkbox"/> 職業紹介・募集情報等提供事業者によるお祝い金、その他金銭等の提供に関する事
相談対象事業者 <input type="checkbox"/> 職業紹介事業者 <input type="checkbox"/> 求人メディア <input type="checkbox"/> その他	事業者名称： 所在地： 連絡先： 担当者： 許可・届出受理番号：(わかる場合)
ご相談内容を 詳しく記載 してください ※証拠となる書 類等がある場 合はその旨を あわせてご記 入ください	※ ご相談内容は、裏面に、できるだけ詳しくご記入ください。 ※ 証拠となる資料等がある場合はその旨もご記入ください。

(つづき)

--	--