FAX送付先	（東　　部：055－952－2943）
	（中部･西部：054－272－8831）

社会保険労務士専門相談申込書 （施設･事業所用）

平成　年　月　日

法　人　名				
施　設　種　類				
事　業　所　名				
所　在　地	〒　　－			
連絡先電話番号	（　　）　　－			
ＦＡＸ 番 号	（　　）　　－			
担　当　者　名	職　名		氏　名	
◆相談希望日時 （※日程表より記入してください）	第１希望	月　日 ：	第２希望	月　日 ：
◆相談項目 （※該当項目を〇印で囲んでください）	・就業規則　・雇用管理　・人事管理　・福利厚生 ・労働法　・労使関係　・社会保険 ・その他（　　）			
【具体的な相談内容を簡潔に記入してください】				

◆相談場所･方法 （※希望欄に〇印を記入・囲んでください）	（　　）東部［沼津市　沼津商連会館ビル2F］	面接相談　・　電話相談
	（　　）中部［静岡市　シズウエル　3F］	面接相談　・　電話相談
	（　　）西部［浜松市福祉交流センター会議室］	面接相談　・　電話相談