

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)

記載日: 令和 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
◆相談項目 (※該当項目を○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○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	