ご相談申込シート(FAX 0120-971-030)

申込日	年　月　日（　）		
事業所名			
業種		従業員数	名
メールアドレス			
電話番号		FAX番号	
所在地	〒		
（ふりがな） 担当者氏名		役職	
相談方法	☐ 専門家に来てほしい　☐ 支援センターへ訪問する		
希望日時	月　日（　）　午前・午後		
相談内容	☐ 同一労働同一賃金　☐ 労働時間等の労務管理　☐ 賃金引上げ ☐ 人手不足　☐ 助成金 ☐ その他（具体的に　）		
依頼のきっかけ	☐ 商工会議所　☐ 商工会　☐ 中小企業団体中央会　☐ センターHP ☐ 厚生労働省HP　☐ 労働局HP　☐ ハローワーク　☐ 労働基準監督署 ☐ 知人・取引先企業　☐ 金融機関　☐ その他（　）		