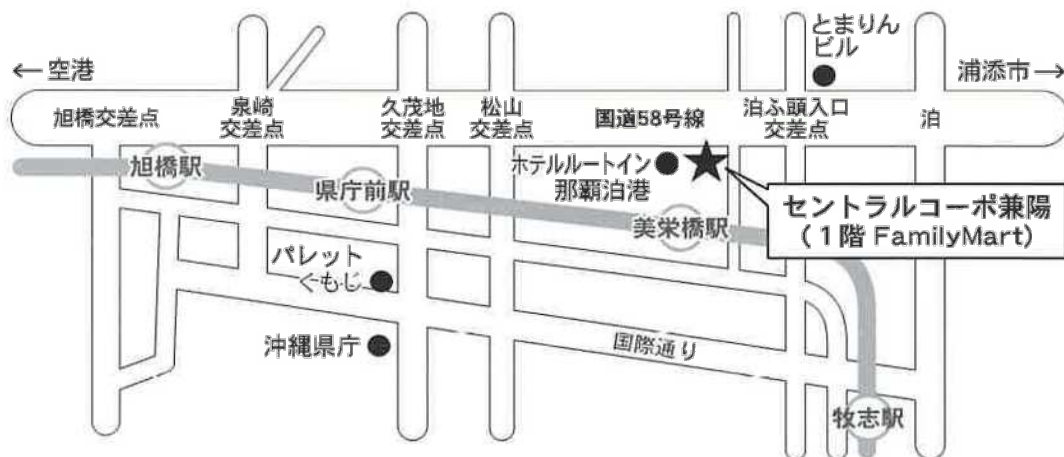


訪問相談申込書

事業所名				業種		
住所	〒			担当者 ご芳名		
電話番号			FAX 番号			
E-mail :						
訪問希望日	第1希望日	令和	年	月	日 ()	時
	第2希望日	令和	年	月	日 ()	時
	第3希望日	令和	年	月	日 ()	時
相談内容	<input type="checkbox"/> 長時間労働の削減 <input type="checkbox"/> 労働時間の管理 <input type="checkbox"/> 労働者の定着 <input type="checkbox"/> 有給休暇 <input type="checkbox"/> 就業規則 <input type="checkbox"/> 賃金制度の見直し <input type="checkbox"/> 労働関係助成金 <input type="checkbox"/> 36協定 <input type="checkbox"/> 非正規労働者の処遇改善 <input type="checkbox"/> 相談の具体的内容：その他 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>					

FAX 098-963-5018



**お申込み
お問合せ**

「沖縄働き方改革推進支援センター」

下記のFAX番号またはメールアドレス宛に送信ください。

電話番号：0120-420-780／0120-420-781

メール：soudan@sr-okinawa.or.jp