

## 労務相談受付シート

以下をご記入の上、事前にFAXにてお送り下さい。(間に合わない場合には当日ご持参下さい。)

受付日	年 月 日	相談日	年 月 日 時 分
事業所名			
所在地	〒		
代表者	( 役職 ) ( 氏名 )		
ご相談者	( 役職 ) ( 氏名 )		
TEL		FAX	
メールアドレス		業種	
ご持参いただく書類 ( 〇で囲んだもの )	登記簿謄本 会社案内 就業規則 社員リスト(名簿)( ) 賃金台帳( ) タイムカード( ) 保険関係書類( ) その他		

相談事項に関係する項目を 〇で囲んで下さい	採用 試用期間 退職・解雇 定年 賃金 賞与 退職金 労働時間 休暇 残業 転勤・出向 休職 病気・けが 安全衛生 懲戒 パートタイマー 高齢者 女性労働者 企業秘密管理 同業他社への転職 セクハラ 労災保険 雇用保険 健康保険 厚生年金 その他( )
-----------------------	--

お分かりになっている、また差し障りのない範囲で結構ですので、なるべく、5W1H( いつ、 誰が、 何を、 どのように、 どこで、 なぜ )をふまえて詳しくご記入下さい。

記載された内容が詳しいほど、また事前にお送りいただければ、当日のご相談をスムーズに進めることができます。

就	労	雇	社	全	正	パ	男	女	月	時	T	F
											:	

社会保険労務士中村亨事務所宛 FAX 04(2995)6668