

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