

FAX番号 (026) 228-1184

長野県中小企業団体中央会内

令和元年 月 日

長野働き方改革推進支援センター長 あて

長野働き方改革推進支援センターの利用について

下記のとおり、働き方改革について、専門家派遣による相談を希望します。

記

法人名		
住所	〒 -	
代表者		業種
労務ご担当者 職・氏名 連絡先	電話 メール	
従業員数	男性 名 女性 名	(左のうちパート数 名)
希望する 相談内容 (複数可)	必要な項目にレを記入してください。 <input type="checkbox"/> 就業規則の作成・見直し <input type="checkbox"/> 労働条件の明示 <input type="checkbox"/> 労働時間 <input type="checkbox"/> 賃金の適正な支払い <input type="checkbox"/> 年次有給休暇の運用 <input type="checkbox"/> 安全衛生 <input type="checkbox"/> 助成金 <input type="checkbox"/> その他 ()	
派遣希望 時期	令和 年 月 ~ 令和 年 月	

※ お預かりした個人情報は、この事業の円滑な遂行のためにのみ使用いたします。