

送付先FAX番号	(東 部 : 055-952-2943)
	(中部・西部 : 054-272-8831)

社会保険労務士専門相談申込書 (従事者用)

記載日: 令和 年 月 日

氏 名			
施設・事業所名			
所 在 地	〒 ー		
日中連絡先電話番号	()	ー	
FAX 番号	()	ー	
◆相談項目 (※該当する個所を ○印で囲んでく ださい)	・就業規則 ・雇用管理 ・人事管理 ・福利厚生 ・労働法 ・労使関係 ・社会保険 ・その他()		
【具体的な相談内 容を簡潔に記入し てください】			
◆相談場所 (※希望場所に○印 を記入願います)	() 東 部 [沼津市 沼津商連会館 2F] 静岡県社会福祉人材センター東部支所		
	() 中 部 [静岡市 シズウエル 3F 静岡県社会福祉人材センター]		
	() 西 部 [浜松市福祉交流センター会議室 浜松市人材バンク]		
◆希望相談方法	面接相談 ・ 電話相談 (希望方法を○印で囲んでください)		
◆相談希望日時 (※日程表より記入 してください)	第1希望	月 日	第2希望
		:	