

医療機関等労務支援センター あて

無料電話相談 申込みFAX用紙

FAX: **075-417-1880**

医療機関名	フリガナ												
所在地	〒												
	電話 — —	携帯 — —											
担当者	役職	フリガナ											
		氏名											
	ご相談先の電話番号 — —	上記以外の電話番号へのご連絡を希望される場合は、その番号をご記入ください。											
相談内容	該当する項目の数字を○で囲んでください。												
	<table><tr><td>1. 労働時間について</td><td>7. 人事・人材育成について</td></tr><tr><td>2. 賃金について</td><td>8. 社会保険・労災、雇用保険について</td></tr><tr><td>3. 有給休暇について</td><td>9. 安全衛生について</td></tr><tr><td>4. 就業規則等諸規程について</td><td>10. ワーク・ライフ・バランスについて</td></tr><tr><td>5. 36協定について</td><td>11. 助成金について</td></tr><tr><td>6. 採用・労働条件について</td><td>12. その他</td></tr></table>		1. 労働時間について	7. 人事・人材育成について	2. 賃金について	8. 社会保険・労災、雇用保険について	3. 有給休暇について	9. 安全衛生について	4. 就業規則等諸規程について	10. ワーク・ライフ・バランスについて	5. 36協定について	11. 助成金について	6. 採用・労働条件について
1. 労働時間について	7. 人事・人材育成について												
2. 賃金について	8. 社会保険・労災、雇用保険について												
3. 有給休暇について	9. 安全衛生について												
4. 就業規則等諸規程について	10. ワーク・ライフ・バランスについて												
5. 36協定について	11. 助成金について												
6. 採用・労働条件について	12. その他												
	ご相談の具体的な内容についてご記入ください												

本書をご記入の上、FAXにてご送信ください。担当相談員よりご連絡いたします。

お電話でのご相談の時間は、1時間とさせていただきます。

相談は無料です