

相談申込票

FAX 048-826-4866

埼玉県社会保険労務士会 御中

保育施設名	
所在地	〒 ー TEL () ー ・ FAX () ー
担当者	(職名) (氏名)
	上記以外の電話番号： E-mail：
コールバック希望日時	年 月 日 () 時頃
相談内容 ☑を入れてください。 又は、具体的な相談内容を記入してください。	<p>1. 働き方：休み方等 <input type="checkbox"/> ①時間外労働の削減 <input type="checkbox"/> ②年次有給休暇等の取得促進 <input type="checkbox"/> ③夜勤負担軽減策 <input type="checkbox"/> ④就業規則について</p> <p>2. 職場のトラブル防止 <input type="checkbox"/> ①メンタルヘルス対策 <input type="checkbox"/> ②同一労働・同一賃金</p> <p>3. 働きやすい職場環境整備 <input type="checkbox"/> ①子育て・介護中の者に対する残業免除等 <input type="checkbox"/> ②ハラスメント対策の実施 <input type="checkbox"/> ③従業員同士の人間関係</p> <p>4. 働きがいの向上 <input type="checkbox"/> ①専門職としてのキャリア形成支援 <input type="checkbox"/> ②人事制度によるキャリアアップ支援</p> <p>5. その他 ※相談内容を以下にご記入ください。</p> <div style="border: 1px dashed black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>※希望する支援（相談）の具体的な内容をご記入下さい。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
顧問社労士の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ☑を入れてください。

※本書をFAXで送信ください。おって当会担当者からご連絡いたします。相談内容等の秘密は厳守いたします。

なお、いただいた個人情報、この事業のためのみ使用いたします。安心してご相談ください。

※訪問無料相談は原則1回となります。