

FAX 相談票

送付先	<u>ながた社会保険労務士事務所</u> Tel 076-461-3092 Fax 076-461-3093		
送付日 (※)	平成 年 月 日	送付枚数 (※)	枚 (当表紙含む)
送付元	会社名 (事業所名) : 所在地 (住所) : 事業内容 : 従業員数 : 部署名 :		
送付元 担当者 (※)	氏名 (漢字) : 氏名 (かな) : 電話番号 : FAX 番号 :		
問い合わせ			
種別 (※) [複数可]	<input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 質問 <input type="checkbox"/> 見積 <input type="checkbox"/> 依頼 <input type="checkbox"/> その他		
分類 (※) [複数可]	<input type="checkbox"/> 社会保険・労働保険の手続 <input type="checkbox"/> 就業規則などの作成・変更 <input type="checkbox"/> 人事労務管理 <input type="checkbox"/> 人事制度整備 <input type="checkbox"/> 給与計算 <input type="checkbox"/> 助成金の申請 <input type="checkbox"/> 国民年金・厚生年金の請求 (老齢・障害・遺族年金) <input type="checkbox"/> その他		
内容 (※)			

(※) は記入必須項目です。