

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 <u>Fax 076-461-3093</u>		
送付日(※)	令和 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: メールアドレス:		
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"/> 介護保険の(特定)処遇改善加算 <input type="checkbox"/> 助成金の申請 <input type="checkbox"/> 人事労務通信(毎月1回メール発行) <input type="checkbox"/> その他		
内容(ご希望の相談内容がありましたらご記入ください。)			

(※) は記入必須項目です。