

建設業雇用管理改善推進事業

相談申込書

平成 年 月 日

茨城県社会保険労務士会 行

FAX : 0 2 9 - 2 2 6 - 9 4 4 0

会社名			
ご住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
受講	役職	フリガナ	
		ご芳名	
ご芳名	役職	フリガナ	
		ご芳名	

<以下の内容にチェックをお願いします>

<input type="checkbox"/> 給与制度・給与体系・退職金体系を見直したい <input type="checkbox"/> 適正な人事評価・処遇制度を導入したい <input type="checkbox"/> 休暇・労働時間管理・就業規則をしっかりとしたものにした <input type="checkbox"/> 人材開発に取り組むため、研修体系制度を整備したい <input type="checkbox"/> 作業手順やルールを明確にして働きやすい職場を作りたい <input type="checkbox"/> 健康づくり制度・福利厚生制度を改善・導入したい <input type="checkbox"/> 経営・労務改善のための助成金等について教えてほしい <input type="checkbox"/> 効果的な労働安全衛生についての取組みを教えてほしい <input type="checkbox"/> その他、経営・労務に関することの相談に乗ってほしい

(お願い)

※ 当事業に参加ご希望の方は、認印（個人）をご持参ください。

※ 社会保険労務士と顧問契約を結ばれている場合は、顧問社会保険労務士による相談・援助が優先となりますので、顧問の社会保険労務士にご相談下さい。顧問の社会保険労務士からの依頼があれば対応します。

※ご記入いただいた企業情報は、当該の事業以外の目的で使用することはありません。