送 付 先 FAX番号	（東　　部：055－952－2943）
	（中部・西部：054－272－8831）
メールアドレス	jinzai@shizuoka-wel.jp
QRコードより申し込みが出来ます	

社会保険労務士専門相談申込書（従事者用）

記載日:　　年　　月　　日

氏　　名				
勤　務　先				
勤務先所在地	〒　　－			
日中連絡先電話番号	（　　）　　－			個人の携帯で構いません
ＦＡＸ　番号	（　　）　　－			
メールアドレス	＠			
相　談　項　目 （※該当する個所を○印で囲んでください）	・就業規則　・雇用管理　・人事管理　・福利厚生 ・労働法　・労使関係　・社会保険 ・その他（　　）			
【ご相談内容を わかりやすく 記入してください】				
◆相 談 場 所 （※希望場所に○印を記入願います）	（　）東部　沼津市　沼津産業ビル　２Ｆ			
	（　）中部　静岡市　シズウエル　３Ｆ			
	（　）西部　浜松市　浜松市福祉交流センター　４Ｆ			
◆希 望 相 談 方 法	面接 ・ 電話 ・ オンライン（ZOOM）　（希望方法を○印で囲んでください）			
◆相 談 希 望 日 時 （※日程表より選択して記入してください）	第１希望	月　日 ：	第２希望	月　日 ：