



FAX 0765-57-3305

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合 宛

令和6年度 無料相談申込書

申込日：令和 年 月 日

希望日時 (希望時間に☑)	令和 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午後2時～3時 <input type="checkbox"/> 午後3時～4時
相談事項 相談事項に ○印をしてください。	<ul style="list-style-type: none">• 雇用管理等に関する相談 (人事制度、賃金体系、就業規則、処遇改善加算など)• 教育研修に係る相談 (研修計画の策定、リーダー職員の育成、キャリアパスの構築など)• 健康管理やメンタルヘルス等の相談• その他 ()	
相談内容 相談内容を簡単に 記入してください。		
事業所名		
所在地	〒	
連絡先	電話番号 - -	FAX 番号 - -
	メールアドレス @	
申込者氏名	フリガナ -----	役職
希望の連絡方法 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX	

※申込書に記載された内容については、当組合の個人情報管理規定に従い厳重に管理し、相談支援に必要な範囲で使用させていただきます。それ以外の目的には使用いたしません。

<組合記入欄>