

雇用調整助成金 個別相談会申込書

FAX: 0438-37-8705

令和 2年 月 日 ()

※わかる範囲で結構です。ご記入ください。

ご 相 談 者 様	ふりがな					
	御社名					
	住 所 連絡先	〒 電話 () - () - ()				
	ご担当者様				業種	
	従業員数		雇用保険の加入	加入 ・ 未加入		
名		労災保険の加入	加入 ・ 未加入			
申 込 内 容	相談方式	面談相談 オンライン相談 (いずれかに○をつけてください。)				
		オンライン相談希望の場合はメールアドレスをご記入ください。				
		メールアドレス				
相 談 希 望 日	第1希望	月	日	時	(第1希望以外に変更する場合は、 会議所からご連絡いたします。)	
	第2希望	月	日	時		
	第3希望	月	日	時		
相 談 内 容	今回の相談の内容をご記入ください。					