

該当箇所にご記入、をお願いいたします

送信先 長野働き方改革推進支援センター

F A X : 026-228-1184 E-mail: work-alps@alps.or.jp

- セミナー (共催 , 講師派遣)
 出張相談 相談員派遣

申込書

団体名			
(ふりがな)ご担当者		役職名	
ご連絡先	〒		
	電話	E-mail:	
希望日時	月 日	: ~	:
備考			

- 事業所訪問による支援 (専門家派遣)

申込書

事業所名		従業員数	名 (うち非正規 名)
(ふりがな)ご担当者		役職名	
ご連絡先	〒		
	電話	E-mail:	
希望日時	第1希望	月 日 ()	: ~
	第2希望	月 日 ()	: ~
相談内容	<input type="checkbox"/> 何から始めたらよいか? <input type="checkbox"/> 賃金の適正な支払 <input type="checkbox"/> 就業規則の作成・見直し <input type="checkbox"/> 生産性向上・賃金引き上げ <input type="checkbox"/> 労働条件の明示 <input type="checkbox"/> 同一労働同一賃金 <input type="checkbox"/> 長時間労働の改善 (36協定) <input type="checkbox"/> 各種助成金 <input type="checkbox"/> 労働時間の把握 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 年次有給休暇の時季指定等		
備考			