

労働事件相談カード

相談日：平成 年 月 日

会社側	フリガナ社名	TEL		
		FAX		
	事業所所在地	〒 -		
	e-mail			
	フリガナ代表者氏名			
	フリガナ相談者氏名			
		所属部署：	内線：	
	相談内容	<input type="checkbox"/> 解雇 <input type="checkbox"/> 未払賃金・残業代請求 <input type="checkbox"/> 労働組合問題 <input type="checkbox"/> 労基署対応 <input type="checkbox"/> 採用 <input type="checkbox"/> 就業規則 <input type="checkbox"/> セクハラ <input type="checkbox"/> パワハラ <input type="checkbox"/> 転勤・配転 <input type="checkbox"/> 社会保険（雇用保険・失業保険・健康保険・年金）トラブル <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	事業内容			
就業規則	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→周知方法： <input type="checkbox"/> 配付 <input type="checkbox"/> 職場に掲示 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
その他	従業員：約 人， 労働組合： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

労働者側	フリガナ氏名	TEL	
		携帯	
	住所	〒 -	
職務内容			

特に相談したい事項	
-----------	--

※事務所使用欄	送付方法 メール： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 郵送： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否（ ）
---------	--

