

高知県働き方改革推進支援センターが出張相談にお伺いします。

相談申込書

年 月 日

FAX：088-846-3077

高知県働き方改革推進支援センター へ

貴社名	
代表者お名前	
お電話番号	
FAX番号	
ご住所	〒 _____
ご担当者お名前	
ご相談内容	<input type="checkbox"/> 年次有給休暇（5日取得義務等） <input type="checkbox"/> 時間外労働・36協定 <input type="checkbox"/> 就業規則 <input type="checkbox"/> ワークライフバランス推進認証 <input type="checkbox"/> その他

お申し込み後、高知県働き方改革推進支援センターからご連絡をさせていただきます。

なお、ご記載いただきました情報は当センター相談支援事業に関する以外には使用いたしません。