

労務問題相談票

記入日	平成 年 月 日	担当事務員:	弁護士:
会社名	ふりがな	代表者	
本社住所	〒		
	TEL	FAX	
事業内容		創立	年
資本金	万円	直近の売上	万円 従業員 名
労働組合	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		

ご来所された方についてご記入ください

お名前	ふりがな	年齢	性別	役職など
			才 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
現住所	〒			
	TEL	FAX		
	携帯	E-mail		
連絡方法	優先するご連絡先	不可なご連絡先		
	<input type="checkbox"/> 本社への郵便物の送付可能 <input type="checkbox"/> 上記ご住所への郵便物の送付可能			

第2連絡先への連絡をご希望の方はご記入ください

第2連絡先	区分	<input type="checkbox"/> 支社・支店(名称:) <input type="checkbox"/> その他()		
	住所	〒		
		TEL	FAX	
		携帯	E-mail	

ご相談内容についてご記入ください

項目	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 労働審判を起こされた<input type="checkbox"/> 労働組合による団体交渉を求められている<input type="checkbox"/> 労働基準監督署からの連絡を受けた<input type="checkbox"/> 訴訟、裁判、仮処分を起こされた<input type="checkbox"/> 問題社員の対応について相談したい<input type="checkbox"/> 労働災害への対応について相談したい<input type="checkbox"/> 人件費削減について相談したい<input type="checkbox"/> 労働契約書・就業規則の作成・改訂を相談したい<input type="checkbox"/> 法律改正の対応について相談したい<input type="checkbox"/> 会社の人事制度について相談したい<input type="checkbox"/> 労働問題に関する講演・社内研修を行ってほしい
詳細	