

島根県社会保険労務士会宛
FAX番号 0852-26-0412

社労士会セミナー参加申込書

事業所名			
事業所所在地	(〒 -)		
連絡先	TEL:		
	FAX:		
お名前		役職	
役職名とお名前	(2人以上で参加される場合お書きください。)		
質問事項	(ストレスチェック制度について、ご質問等がある方はご記入ください。)		
個別相談事項	(当日、セミナー終了後、無料で労務全般について相談をお受けいたしますので、ご希望がある方は、ご希望の有無と差支えなければ相談内容をご記入ください。なお、当日でも、ご相談を承りますので、申し添えます) ○個別相談の希望 有 ・ 無 ○相談内容(任意)		

※定員は、100人。定員に達し次第締め切ります。なお、その際にご連絡申し上げます。

※本情報は、セミナーの運営以外には一切使用しません。