

相談員派遣要請書

平成 年 月 日

岩手県働き方改革推進支援センター 行

(FAX 019-651-7841)

所在地

名 称

ご担当者

連絡先(TEL)

(FAX)

相談員の派遣要請を次のとおり要請いたします。

相談内容		
訪問場所		
派遣希望日時	第1希望 平成 年 月 日 (曜日) 時 分 第2希望 平成 年 月 日 (曜日) 時 分	
事業場	資本金額 又は 企業規模	
	業 種	
	役員数	
	労働者数	常勤 _____ 人 臨時 _____ 人 合計 _____ 人