|  |
| --- |
| 申込月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　　日 |
| 依頼者 | 団体名 | 代表名 |
| 住所　〒 | Tel |
| Fax |
| Mail |
| 当事者 | 当事者名　 | Tel |
| 住所　〒 | Fax |
| Mail |
| 相談内容 | 相談の概要 |
| これまでの経過 |
| 今後予測されること |
| ■ | つながるかながわ記入欄　○顧問社会保険労務士記入欄 |
| ■相談 | 相談　　　　月　　　　日　※つながるかながわから顧問社会保険労務士に相談する内容 |
| ○回答 | 回答　　　　月　　　　　日　※顧問社会保険労務士の回答 |
| ■結果 | 　　　　月　　　　　日　※依頼者に今後の対応についてつながるかながわから回答する。 |
| つながるかながわ担当者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | つながるかながわ専務理事　印 |  |