



**法人会専用労務相談カード**

**法律相談は  
ウラ面です**

希望回答方法 1. 電話 2. FAX 3. 面談( 月 日 午前・午後) 4. 郵送  
(必ずご記入ください)

回答書送付先 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

**(申込用紙)** ※①下記項目にご記入の上、法人会事務局へFAX(0263-36-0839)又は郵送してください。  
※②相談概要については、事務局へお申込み後にご記入頂き、直接相談員にお送り頂いても結構です。

相談申込日		年	月	日	担当者名	
会 社 名 等	住所	↓相談者(匿名希望)の場合は省略可				
	法人名	住所				
	代表者	氏名				
	電話	TEL			FAX	
	FAX	性別	男・女	役職・所属		
		生年月日	年	月	日生	( 歳)
		(※プライバシーのため記載は全く自由です。)				

相談 内容	(1) 健康保険 (2) 年金全般 (3) 労災保険 (一人親方の労災含む) (4) 雇用保険	(5) 賃金全般 (6) 就業規則 (7) 労働基準監督署の是正勧告 等の対応 (8) 労働基準法に関する件	(9) 各種公的助成金制度 (10) その他 ( )  ★該当を○で囲んでください。
----------	---	--	---

**相談概要** 秘密は厳守されますので相談概要は、ある程度詳細にお書きください。  
(但し、内容によっては、相談に応じられないことがあります。)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---