

年 月 日

群馬県社会保険労務士会
医療労務管理相談コーナー 行き

FAX ▶ 027-253-5679

相 談 申 込 書

個 別 支 援 申 込 書

し点をお付けください。

貴社名			
所属部署		ご担当者様	
住 所			
電 話		F A X	
相談または 個別支援 希 望 日	月	日	希望の時間
相談したい内容			
電話による相談も受け付けています。 TEL 027-253-5621			

申し込み頂いた会社、個人情報等は相談支援事業に関する以外には使用いたしません。