

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

- 電話相談申込書
 来所相談申込書
 訪問支援申込書

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 は相談支援事業に関する事以外には使用いたしません。