龍ケ崎市総合労働相談申込書

茨城県社会保険労務士会　宛　　　　　　　　　　　　　FAX:029-350-3222

1. お名前

|  |
| --- |
|  |

1. 電話番号

|  |
| --- |
|  |

1. メールアドレス

|  |
| --- |
|  |

1. 希望日

|  |
| --- |
|  |

1. 希望時間　※希望時間帯に○をつけてください

（１）１３：３０～１４：３０

（２）１４：３０～１５：３０

（３）１５：３０～１６：３０

1. 備考

※相談したい内容を簡単で構わないのでご記入ください

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |