

金沢市働き方改革アドバイザー派遣事業

申 込 書

申込者	企業名				
	代表者名				
	所在地				
	従業員数		業種		
	担当者氏名		部署・役職		
	電話番号		ファックス		
	メールアドレス				
利 用 回 数		()回目			
アドバイスを受けたい事項 (該当する項目の番号を○で 囲んでください。)		1 休暇制度の整備、取得促進 2 就業規則の作成、見直し 3 業務改善、生産性向上 4 高齢者や女性、障害者の雇用定着 5 外国人労働者の受入 6 ハラスメント対策、防止 7 その他 ()			
アドバイスを希望する内容 (現状や課題、アドバイスを希望する 内容等を詳しく書いてください。)					
相談・派遣希望日時		第1希望		第2希望	
		月日	時間	月日	時間
		(特記事項)※希望日等他にありましたら記載してください。			
希望するアドバイザー (特定のアドバイザーがあればその氏 名・所属等を記入してください。)					

(送付先)商工労働課課 FAX 260-7191

Eメール syoukou@city.kanazawa.lg.jp

※事務局記載欄

派遣アドバイザー氏名	決裁欄 上記申請に基づきアドバイザーの派遣を決定してよろしいか。			
	課長	課長補佐	課員	担当
派遣日時等				
年 月 日 () 時 分～				
場所：				