

長殿

企業等名

代表者(職 氏名)

ワーク・ライフ・バランス普及コンサルタント派遣申込書

ワーク・ライフ・バランス普及コンサルタントの派遣について申し込みます。

事業所名	
担当部署	
担当者職氏名	
所在地	
電話	()
ファクシミリ	()
E - m a i l	
業種・事業内容	
従業員数	人(男性 人、女性 人) うち非正規労働者 人(男性 人、女性 人)
派遣希望日時	
派遣希望場所	
派遣希望内容 (あてはまるものに☑)	<input type="checkbox"/> 一般事業主行動計画の策定及び届出の指導 <input type="checkbox"/> 愛知県ファミリー・フレンドリー企業登録制度への登録の指導 <input type="checkbox"/> 就業規則等の作成、整備の支援 <input type="checkbox"/> 国、関係団体等の各種助成制度の紹介、手続等の指導 <input type="checkbox"/> ワーク・ライフ・バランスに係る企業内研修等の支援 <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	