

医療労働専門相談員利用申込書

平成 年 月 日

北海道労働局労働基準部監督課 あて

事業場の名称

事業場所在地

担当者職氏名

電 話 番 号

医療労働専門相談員の相談支援を利用したいので、申し込みます。

希望日時は、下記のとおりです。

記

第1希望 平成 年 月 日 () 午前・午後

第2希望 平成 年 月 日 () 午前・午後

第3希望 平成 年 月 日 () 午前・午後

(日程調整の都合上、希望日は、なるべく申込日後、2週間以上お空けください。)

お手数ですが、FAX または郵送により北海道労働局労働基準部監督課あて
提出してください。

FAX 011(756)0056

〒060-8566 札幌市北区北8条西2丁目1番1号 札幌第1合同庁舎9階