

FAX.048-645-0283

相談連絡票

平成 年 月 日

商工団体名	※		
相談連絡者名	※	電話	- -
相談者	名称		
	代表者氏名		
	所在地	〒_____	
		(電話 - -)	
	最寄駅	線	駅
	資本金額		業種
売上金額		従業員数	
【相談内容】			
【現状等】			
訪問希望日等	平成 年 月 日()	:	~
埼玉県労務問題総合相談センター 担当	※		

相談者は「※」欄は記入不要です。