

沖縄県社会保険労務士会

「総合労働相談所・年金相談センター」 F A X 0 9 8 - 8 6 3 - 3 5 6 3

電 話 0 9 8 - 8 6 3 - 4 3 9 5

※ F A Xは24時間受付可能

※ 相談日は、毎月第1水曜日及び第3土曜日 14:00~16:00
(祝日及び1月2日~4日を除く)

お 名 前		年 齢	歳
所属事業所名			
住所・連絡先	〒 (T E L ・ F A X ・ E-mail)		
トラブルの相手			
相談事項 (該当する項目番号に☑を付けてください)			
<input type="checkbox"/> 1. 就業規則・労働契約	<input type="checkbox"/> 2. 人事・配置転換・出向等	<input type="checkbox"/> 3. セクハラ等均等待遇	
<input type="checkbox"/> 4. 賃金・割増賃金	<input type="checkbox"/> 5. 退職金	<input type="checkbox"/> 6. 労働時間・休日・休暇	
<input type="checkbox"/> 7. 退職・解雇	<input type="checkbox"/> 8. 懲戒処分・損害賠償	<input type="checkbox"/> 9. 安全衛生	
<input type="checkbox"/> 10. 労災事故・労災補償	<input type="checkbox"/> 11. 雇用保険	<input type="checkbox"/> 12. ねんきん定期便・特別便	
<input type="checkbox"/> 13. 年金加入記録	<input type="checkbox"/> 14. 年金裁定請求手続	<input type="checkbox"/> 15. 障害年金・遺族年金	
<input type="checkbox"/> 16. 年金受給額	<input type="checkbox"/> 17. その他 ()		

ご相談内容及び経緯 (詳しい内容をご記入ください)

※ご記入いただきました個人情報は、相談の目的以外には利用いたしません。

※後日、相談日・時間についてご連絡いたします。