

# 労働・相談カード

相談日: 令和 年 月 日

<b>ご相談者</b>	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名		男・女	年 月 日 ( 歳)	
	現住所	〒 - <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居人あり 都道府県 市・区			
	社名		事業形態	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> その他	
	代表者名		担当者名		
	連絡先	電話番号: ( )		携帯電話番号: ( )	
		FAX ( )			
E-mail(PC): @		E-mail(携帯): @			
<b>相手方</b>	住所	都道府県 市・区			
	社名等		事業形態	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> その他	
	代表者名		担当者名		
	連絡先	電話番号: ( )		携帯電話番号: ( )	
		FAX ( )			
	E-mail(PC): @		E-mail(携帯): @		
相手方との関係		<input type="checkbox"/> 取引先 <input type="checkbox"/> 現・元従業員 <input type="checkbox"/> 関係者 <input type="checkbox"/> その他			
(具体的な相談内容)					