

「雇用維持アドバイザー派遣事業」利用申込書

		申 込 日	令和 年 月 日
申込者	企 業 名	業 種	
	所 在 地		
	従 業 員 数		
	ふ り が な		
	申込担当者氏名	部 署 ・ 役 職	
	電 話 番 号	F A X	
	メールアドレス		
希望日	第 1 希 望	月 日 時 分 から	
	第 2 希 望	月 日 時 分 から	
	第 3 希 望	月 日 時 分 から	
訪問場所	名 称	(例) ■■■株式会社●●営業所	電 話 番 号
	所 在 地		
	駐 車 場 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
本 事 業 の 利 用 回 数		() 回目	※前回の利用日： 月 日

※希望日の遅くとも1週間前までに、お申し込みください

※相談は1回当たり概ね1時間とします

※訪問日程等の連絡は、受託事業者の石川県社会保険労務士会から行います

アドバイスを希望する内容（該当する箇所にチェックを入れてください：複数可）

1. 雇用維持に係る助成制度	※本事業では助成金の申請代行の手続きは行いません
<input type="checkbox"/> 雇用調整助成金（緊急雇用安定助成金含む）	<input type="checkbox"/> 産業雇用安定助成金
<input type="checkbox"/> 小学校休業等対応助成金	<input type="checkbox"/> 働き方改革推進支援助成金
<input type="checkbox"/> その他 ()	
2. 労務管理	
<input type="checkbox"/> 就業規則の整備	<input type="checkbox"/> 労使協定の締結
<input type="checkbox"/> 賃金・労働時間の見直し	<input type="checkbox"/> 柔軟な働き方の導入（テレワーク、フレックスタイム制等）
<input type="checkbox"/> その他 ()	
3. その他記入欄（自由記入欄）	※具体的内容、現状、課題、目標等 自由にご記入ください

【申込先】石川県商工労働部労働企画課

住 所：〒920-8580 金沢市鞍月1丁目1番地

T E L：076-225-1531 F A X：076-225-1534

メール：e191300a@pref.ishikawa.lg.jp