

F A X相談票

送信先（労働委員会事務局FAX）：0985-20-2715

1 相談者について

相談者の氏名 (匿名可)		当事者との関係 (必須)	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他 ()
相談者のFAX番号 (必須)		相談者の 電話番号※	

※電話番号は、正確な状況判断のため、詳細な内容等を確認させていただく場合に使用します。
了承いただける場合のみ、ご記入ください。

2 当事者（現に労働に関する問題に直面し、困っている人）について

当事者の性別	☐ 男性 ☐ 女性	当事者の年齢	☐ 10代 ☐ 20代 ☐ 30代 ☐ 40代 ☐ 50代 ☐ 60代 ☐ 70代以上
当事者の 労働者・使用者 の別 (必須)	労働者	☐ 正社員 ☐ パート・アルバイト ☐ 派遣労働者 ☐ 契約社員 ☐ その他 ()	
	使用者	☐ 事業主 ☐ 労務担当者 ☐ その他 ()	
事業所の業種 (必須)			
当事者が居住 する市町村		事業所が所在 する市町村	
他機関への 相談状況	☐ 相談した () ☐ 相談していない	労働委員会を 知ったきっかけ	☐ 県ホームページ ☐ その他 ()

相 談 内 容 (必須)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

※個人情報労働相談のみに利用し、「個人情報保護法」に基づき適正な処理を行います。