

顧問社会保険労務士相談依頼書

申込月日		年 月 日
依頼者	W.Co 名	代表名
	住所 〒	Tel
		Fax
Mail		
当事者	当事者名	Tel
	住所 〒	Fax
		Mail
相談内容	相談の概要	
	これまでの経過	
	今後予測されること	

■ 連合会記入欄 ○ 顧問社会保険労務士記入欄

■ 相談	相談 月 日 ※W.Co 連合会から顧問社会保険労務士に相談する内容		
○ 回答	回答 月 日 ※顧問社会保険労務士の回答		
■ 結果	月 日 ※依頼者に今後の対応について連合会から回答する。		
W.Co 連合会 担当者名		W.Co 連合会 専務理事 印	

神奈川ワーカーズ・コレクティブ連合会
union@wco-kanagawa.gr.jp
 F A X : 045-662-4306