

専門家相談申込（受付）確認票

申込日： 年 月 日

事業所名		担当者名 役 職	
所在地 連絡先	〒 (電話) (Fax) (メールアドレス) ※希望の連絡方法 ()電話 ()メール ()Fax		
内 容			
実施方法 実施場所	個別 / 集団 対面 (場所：) 非対面 (方法：オンライン)		
希望する 日時・時間	第1希望 月 日 (: ~ :) 第2希望 月 日 (: ~ :) 第3希望 月 日 (: ~ :)		
今後開催予定の講習・セミナー等募集チラシ送信の承諾確認について、(○)をお願いします。 ※複数選択可 ()メール送信 ()FAX送信 ()郵送 ()承諾しない			
※当該「相談申込（受付）票」に記載された内容については、当センターの個人情報管理規程に従い厳重に管理し、コンサルタント等専門家による相談、支部職員による日程調整、内容確認、各種講習会のご案内及び事業活動に関する情報提供のみに使用し、上記以外の目的で使用いたしません。 ※相談内容の録画、録音、撮影、スクリーンショット、SNS上への掲載、および資料等の無断複写・転用・転載等は、固くお断りします。			
支部記載欄 (該当事業に○)	()雇用管理コンサルタント ()ヘルスカウンセリング ()研修コーディネーター事業		

相談依頼者確認欄

以下の通り相談を受けたことを確認します。

実施日時・時間	実施方法・実施場所*	担当コンサルタント等氏名
年 月 日		
: ~ :		支部職員氏名(同行した場合)

相談者署名 _____