

雇用関係助成金 相談申込シート



以下の情報をご入力の上、担当までお送り下さい。

フリガナ	
会社名	
フリガナ	
担当者名	
所在地	(例 〒160-0023 東京都新宿区西新宿7-8-11 中川ビル5階)
電話番号	(例 03-5937-3524)
FAX番号	(例 03-5937-3525)
メールアドレス	(例 info@withusgroup.com)
従業員数	役員 名 / 正社員 名 / 非正規(契約社員・パート・アルバイト等) 名
定休日	(例 土曜日・日曜日・祝日)
営業時間	(例 9:30～18:30 複数シフトのある場合、お分かりになる範囲でご記入下さい)
雇用保険	あてはまるものに <input type="checkbox"/> をお付け下さい。 <input type="checkbox"/> 加入済み <input type="checkbox"/> これから加入する <input type="checkbox"/> 加入する意思はない
社会保険	法人または従業員5名以上の個人の場合、あてはまるものに <input type="checkbox"/> をお付け下さい。 <input type="checkbox"/> 加入済み <input type="checkbox"/> これから加入する <input type="checkbox"/> 加入する意思はない
就業規則	あてはまるものに <input type="checkbox"/> をお付け下さい。 <input type="checkbox"/> つくってある <input type="checkbox"/> 雛形をがある <input type="checkbox"/> ない
その他	あてはまるものがあれば、 <input type="checkbox"/> をお付け下さい。 <input type="checkbox"/> 過去6か月以内に解雇をした <input type="checkbox"/> 性風俗関連営業、接待を伴う飲食等営業である <input type="checkbox"/> 前年度までの労働保険料を完納していない(滞納している) <input type="checkbox"/> 過去3年以内に助成金の不正受給をした <input type="checkbox"/> 過去1年以内に労働関係法令に違反した <input type="checkbox"/> 反社会的勢力である
ご希望の連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> どちらでも
(あれば) 取り組んだことのある助成金	
ご紹介先	(例 株式会社ウィズアス 担当: 前田)

ご記入後、以下までFAXまたはメールにてお送り下さい。ご確認後、ウィズアス担当者よりご連絡致します。

FAX: 03-5937-3525 / メール: info@withusgroup.com