シマムラ社労士事務所　行

ご回答頂いた内容は、社会保険労務士法第 2 条による、労働社会保険諸法令に関する業務での範囲で使用致します。

FAX 番号はよくご確認頂き、送信ください。FAX 誤送信確認のため行うテスト送信には対応致します。

〔FAX 送付紙〕

ご記入者様氏名（ふりがな）　（必）　　様　　ご本人様との関係　（必）

会　社　名　　業　　種

役　　職　　所　　属

連絡させて頂く場合の連絡先（必）　□会社　□自宅　/　□FAX　□電子メール　□電話

連絡させて頂く場合の、ご希望（必）　□週　　曜日　/　□時　　時ころ

連絡先（アドレスまた番号）（必）

ご質問記入欄　□労働基準　□労災　□雇用保険　□健康保険　□年金　□傷病・障害　□顧問契約　□その他

受信確認後、ご指定の方法で連絡いたします。ご質問等においては、一般回答の範囲では当然に料金は発生いたしません。ご質問等の事案内容・難易度によっては、有料コースをご案内する場合はございます。あらかじめご了承お願いいたします。

シマムラ社労士事務所
TOORU SHIMAMURA

FAX 専用(臨時) **06-6809-3640**

社会保険労務士法（社労士の秘密を守る義務）　知り得た秘密を他に漏らし又は濫用してはならない（法第 21 条）