

介護労働安定センター 北海道支部

メール: kaigohokkaido●kaigo-center.or.jp

↑●を@に変えて送信ください

FAX:011-219-3158

利用申込書

法人名			
事業所名		事業所番号	
サービス内容			
E-mail(※)			
所在地 電話番号	〒	TEL	FAX
相談者職・氏名	役職:	氏名:	
相談希望日時	ご希望日時 令和 年 月 日(曜日) 時 分 ~ 時 分 該当あれば☑してください。 <input type="checkbox"/> 特定曜日や時間の希望あり <input type="checkbox"/> 専門家の都合に合わせてくれる		
相談希望方式	<input type="checkbox"/> 専門家が事業所を訪問しての相談を希望 <input type="checkbox"/> 専門家とのオンラインでの相談を希望 <input type="checkbox"/> 訪問相談・オンライン相談のいずれでも可		
今回希望する相談内容や具体的項目の番号に○を付してください。下欄に概要・希望等を記載してください。			
相談内容	具体的項目		
処遇改善全般	1.キャリアパス制度 2.賃金体系 3.人事評価制度 4.正社員への転換制度 5.就業規則諸規定など		
教育・研修	1.人材育成計画 2.社員の能力開発の進め方 3.資格取得・能力開発計画など自己啓発援助		
職場環境の改善	1.出産子育て等の両立支援制度 2.労働時間の検討		
助成金	1.人材開発支援助成金 2.キャリアアップ助成金 3.その他		
その他	1.人事労務管理 2.業務継続計画(BCP) 3.その他		

【お願い】

- ・E-mail(※)欄は必ずご記入ください。
- ・相談概要やその他の希望などあればご記入ください。

受付印

◆お問い合わせ・お申込み先(平日9:00~17:00)

公益財団法人 介護労働安定センター北海道支部

〒060-0061 札幌市中央区南1条西6丁目4-19 旭川信金ビル5階

TEL 011-219-3157

FAX 011-219-3158

202604