

今すぐ
FAX

助成金診断アンケート STATION

各種支援制度等の貴社における該当可能性を診断いたします。下記アンケートにお気軽にご記入ください。

ご質問内容	ご回答欄
Q1 従業員様は何名ですか？	全従業員数 () 名 雇用保険加入者 () 名 内パート従業員数 () 名
Q2 就業規則を労働基準監督署に届け出ていますか？	<input type="checkbox"/> はい (定年) 歳 <input type="checkbox"/> いいえ (定年) 歳 <input type="checkbox"/> 就業規則なし
Q3 貴社の事業は、健康、環境、農林漁業分野に関連しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q4 今後1年間で新たな採用の予定はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q5 パート・契約社員等を対象に正社員登用や教育訓練、処遇改善を実施する予定はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q6 従業員に対する教育訓練、処遇改善、労働環境改善をお考えですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q7 育児介護休暇の取得支援やその後の復帰支援をお考えですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q8 障がい者を雇用中、もしくは雇い入れの予定はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

アンケートのご記入ありがとうございます。ご記入いただきました内容は今後のコンサルティングサービスに活用いたします。

貴社名			
ご住所	〒		
	TEL	FAX	
代表者	明・大・昭・平 年 月 日		
業種	小売 ・ 飲食 ・ サービス ・ 卸売 ・ 介護 ・ 医療 製造 ・ 建設 ・ 運輸 ・ その他 ()		
設立	年 月 日	資本金	万円
記入者			
E-mail	@		

STATION

社会保険労務士法人 パーソナルサポート

ご記入いただいた情報はSR STATION加盟社会保険労務士・社会保険労務士法人及び株式会社エフアンドエムが両社のサービス及び情報提供のために利用し、その他の目的には使用しないことをお約束いたします。情報管理は個人情報保護法その他関係法令およびガイドラインを遵守いたします。

FAX

0120-518-606

※診断結果に正しく反映されない可能性がございますのでご面倒でも上記企業情報は正確にご記入ください。

C S No. ※F&Mが記入	S R S 参画事務所会員番号 ※必ずご記入ください	210082
--------------------	-------------------------------	--------