

労働相談受付票

受付日	年 月	氏名	男 女	年齢	歳
住所					電話 (FAX)
勤務先	施設名	代表者名			電話
	住所				FAX
職種	1 看護師 2 准看護師 3 看護助手 4 介護福祉士 5 ヘルパー 6 保育士 7 栄養士 8 調理師 9 放前線技師 10 検査技師 11 理学療法士 12 作業療法士 13 医師 14 薬剤師 15 歯科技工士 16 歯科衛生士 17 事務 18 その他 ()				
雇用形態	1 正社員 2 パート・契約・アルバイト 3 臨時・嘱託 4 派遣・請負 5 その他 6 不明				
施設規模		職員数		あなたの勤続年数	年 月 日
相談の契機	1 HP 2 ビラ・ポスター 3 団体・友人の紹介 4 電話帳 5 メール 6 マスコミ 7 その他 ()				
相談内容	1 解雇 2 退職強要・勧奨 3 賃金・残業等未払 4 労働契約違反 5 社会・労働保険 6 配転・出向・転籍 7 労働条件切り下げ 8 労働時間・休暇 9 セクハラ 10 いじめ・嫌がらせ 11 到産・閉鎖・移転 12 労災・職業病 13 組合づくり 14 組合加入 15 その他 ()				
相談内容の詳細					
相談結果	1 電話で解決 2 面談で解決 3 相談を継続 4 組合加入 5 他組合を紹介 6 その他 ()				
紹介先					
当面の対応・回答					
次回相談日					相談員