

「働き方改革推進支援セミナー」参加申込書

島根県働き方改革推進支援センター 行

FAX:0852-61-0361

メール:shimane@workstylereform.net

事業所名			
所在地	〒 -		
TEL		FAX	
申込担当者		所属・役職	
参加希望日	希望日： _____ 月 _____ 日		午前 ・ 午後 ※○で囲んでください
	参加会場： _____		
個別相談	※セミナー後個別相談を希望される方は下記に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください <input type="checkbox"/> 希望する		

参加者名		所属・役職	
参加者名		所属・役職	

※お申し込みが多数の場合など、1社から1名までのご参加をお願いすることがございます。
※お預かりした個人情報につきましては、関係法令を順守し適正に管理いたします。
※セミナー後アンケートにご協力をお願い致します。



セミナー後アンケート