

匿名型ハラスメント相談窓口開設お申込書

申込み日 令和 年 月 日

1. 基本情報

会社名	ふりがな		
代表者名	ふりがな	ご担当者	ふりがな
TEL		E-MAIL	
E-MAIL			

2. 利用開始時期について

利用開始時期は 令和 年 月 を希望します。

3. 料金体系(税別) (※ 希望する項目にチェックの記入をお願いします)

従業員数	A	B	従業員数	A	B
	顧問	一般 (スポット)		顧問	一般 (スポット)
<input type="checkbox"/> 30名まで	5,000	10,000	<input type="checkbox"/> 300名まで	30,000	45,000
<input type="checkbox"/> 50名まで	10,000	20,000	<input type="checkbox"/> 350名まで	35,000	50,000
<input type="checkbox"/> 100名まで	15,000	25,000	<input type="checkbox"/> 400名まで	40,000	55,000
<input type="checkbox"/> 150名まで	18,000	30,000	<input type="checkbox"/> 450名まで	45,000	60,000
<input type="checkbox"/> 200名まで	20,000	35,000	<input type="checkbox"/> 500名まで	50,000	65,000
<input type="checkbox"/> 250名まで	25,000	40,000			

ご記入後は下記へ FAX にて弊社へご送付ください。

FAX 番号:0299-96-9418	社会保険労務士法人 KAN Support Office 〒314-0115 茨城県神栖市知手 3255-41 TEL:0299-96-7011(代)
---------------------	---