

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	

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)
☐ 30 名まで	5,000	10,000	☐ 300 名まで	30,000	45,000
☐ 50 名まで	10,000	20,000	☐ 350 名まで	35,000	50,000
☐ 100 名まで	15,000	25,000	☐ 400 名まで	40,000	55,000
☐ 150 名まで	18,000	30,000	☐ 450 名まで	45,000	60,000
☐ 200 名まで	20,000	35,000	☐ 500 名まで	50,000	65,000
☐ 250 名まで	25,000	40,000			

ご記入後は下記 FAX、またはチャットワークにて弊社へご送付ください。	
FAX 番号:0299-96-9418	KAN 社会保険労務士法人 〒314-0115 茨城県神栖市知手 3255-41 TEL:0299-96-7011(代)