

高齢者雇用アドバイザーによる相談・助言申込書

下記に記入及び、該当するものに 印をつけてください。

平成 年 月 日

会社名			事業内容		
所在地	〒 _____		電話番号	() () ()	
従業員数	A) 1~29人 B) 30人~99人 C) 100人~299人 D) 300人~499人 E) 500人~999人 F) 1,000人~				
定年制	A) 有り(一律) イ. 60歳未満 ロ. 60歳 ハ. 61歳 ニ. 62歳 ホ. 63歳 ヘ. 64歳 B) 職種別に有り 最低 歳 最高 歳				
継続雇用 (再雇用・ 勤務延長)	A) 就業規則等で継続雇用制度を定めている イ. 希望者全員を対象(歳)まで雇用 ロ. 基準に該当する者を対象(歳)まで雇用 (基準の根拠 労使協定 就業規則等) B) 制度として導入していない(運用により継続雇用を行う場合を含む)				
相談事項	イ. 賃金・退職金の見直し ロ. 作業環境の見直し ハ. 職務(職種)内容の見直し ニ. 処遇・ポスト等人事管理の見直し ホ. 勤務時間・勤務形態の見直し ヘ. 教育研修について ト. 健康管理について チ. 職場改善・開発について リ. 作業能率・能力の向上について ヌ. 定年制の改定 ル. 継続雇用の導入・改善について ヲ. 高齢者会社の設立について ワ. 助成金について カ. その他高齢者の雇用について(具体的に記入して下さい) [_____]				
希望相談日	平成 年 月 日		(午前・午後 時)		
アドバイザー名(希望があれば)					
希望相談場所	A) 当社会議室 B) 協会事務所(福岡市) C) その他()				
担当者	所属			氏名	

FAX送付先 092-474-1737