

メンタルヘルスケア助成金 導入前リサーチ

送付先 FAX 06-7632-3420 大阪サービスセンター

送付先 Email latestjbp@gmail.com

記 載 月 日	年 月 日
記載者氏名	
記載者 ID	

都道府県名※		所 在 地 ※							
会社名※			事 業 内 容 ※			代表者名※			
※ 社 員	役 員	名	決 算 期	自	年	月	日	取 引 銀 行	
	正 規 従 業 員	名		至	年	月	日		
	非 正 規 従 業 員	名							
	合 計	名							
※ 担 当 者	部署名(役職)			担当者名					
	TEL			FAX					
所在地略図									
現 在 の 状 況	※社会保険			※雇用保険					
	有 無			有 無					
現 在 の 状 況	社会保険労務士			現在の助成金の活用					
	有 無			有 無					

※印の欄は必須項目です。

紹介企業レポート

見込顧客会社の、現在の助成金活用状況や、メンタルヘルスケアに対する取り組みや考え方等出来る限り詳しく記載してください。

記載者氏名

連絡先電話番号