

相談受付日 年 月 日 時 分 (担当:)

相 談 票

サービス残業オンブズマン宛(TEL/FAX)011-261-1119)

相談者	ふりがな 本人・家族・()		ふりがな
	氏名	性別 (男 ・ 女)	本人氏名
	住所		
	本人の生年月日 年 月 日 (歳)		
	電話・FAX		
	E-mailアドレス		
対象事業所(職場)での職種・地位			
対象事業所	名称		代表者名
	所在地		
	事業内容		
	従業員数		
	仕事内容		
希望処分	代理による刑事告訴		
	第三者としての刑事告発		
	代理による行政処分申立		
	未払い残業代の請求		
	未定・それも含めて相談したい		
違反にかかると見られる具体的事実			
参考事項	労働組合(有・無)		
	これまで交渉の有無・経緯		
	その他		
提出できる資料			
再連絡の要否	要 (こちらからかける ・ 相談者からの入電待) ・ 否		