

よかばい・かえるばい企業 参加申込書

下記を全てご記入の上このまま FAX してください。

FAX : 092-643-3588

WEBサイトに アクセスする際 に必要ですので 記載してください (HP非掲載)		メールアドレス(会員ID)				
		パスワード (8桁以上12桁以内の半角英数字)				
企業 概要	事業所名	フリガナ		住所	〒 -	
	ホームページURL			業種	取組人数	
	企業PR (事業の内容等)					
取組 内容	取組項目 (項目は1つだけ記入)	<input type="checkbox"/> 非正規雇用の処遇改善(同一労働同一賃金) <input type="checkbox"/> 賃金の引上げ <input type="checkbox"/> 長時間労働の是正 <input type="checkbox"/> 休暇取得促進 <input type="checkbox"/> 職場のコミュニケーション活性化 <input type="checkbox"/> 若者・女性・高齢者・障がい者が活躍しやすい環境整備		<input type="checkbox"/> テレワーク、在宅勤務 <input type="checkbox"/> 人材育成 <input type="checkbox"/> 副業・兼業の推進 <input type="checkbox"/> 病気の治療、子育て・介護等と仕事の両立 <input type="checkbox"/> 外国人材の受け入れ <input type="checkbox"/> その他		
		取組に向けて一言PR				
	目標(宣言) (具体的にご記入ください)					
担当者 連絡先 (HP非掲載)	所属			役職・氏名		
	TEL			FAX		

※取組内容等につきましては原則公開となります。

お問い合わせ先：福岡県福祉労働部労働政策課労働福祉係

TEL: 092-643-3587 FAX: 092-643-3588