

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 (項目にチェックください) | <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