苦 情 相 談 申 込 書

年　　月　　日

長崎県人事委員会　　様

申込者氏名

下記のとおり勤務条件その他の人事管理に関する苦情相談を申し込みます。

記

<table>
<tr><td>団　体　名</td><td></td><td>所 属 名</td><td></td></tr>
<tr><td>ふ り が な
相談者氏名</td><td></td><td>職　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>連絡先（電話）</td><td colspan="3">(※本件について職員相談員が連絡してよい日時等)
（　　）　－　　（内　　）（□自宅・□携帯・□勤務先）
曜日：　　時間帯：</td></tr>
<tr><td>面談希望日時</td><td colspan="3">年　月　日　午前　・　午後　時　分
（※面談日時については、ご希望を踏まえて調整後、連絡します。）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">相 談 内 容</td><td colspan="3">□　任用関係　□給与関係　□勤務条件・服務関係　□公平審査関係
□　厚生・福祉関係　□いじめ・嫌がらせ・セクハラ関係　□その他</td></tr>
<tr><td>相談回数</td><td colspan="2">□初めて　□２回目以降（前回の相談時期　　年　　月）</td></tr>
<tr><td colspan="3">（具体的に記入して下さい。別紙可）</td></tr>
</table>

相 談 内 容	