

相 談 申 込 書

(ふりがな) 氏名		職 種 (一般行政、教育公務員、 警察官等の別)	
所属課等の名称 (市町村等職員にあっては、 市町村等名から記入)		職 名	
希望する日時 (月曜日～金曜日(県の休日を除く。)) (9時～12時、13時～17時)	平成 年 月 日 午前・午後 時 分	<ul style="list-style-type: none"> ・ 相談しようとする方が置かれている状況や具体的にどうしてほしいのかなど、お話を十分にお伺いしたいので、面接による相談を推奨しています。 ・ 「希望する日時」欄の日付は、本申込書提出から1週間目以降としてください。 ・ 電話による相談を希望される方には、左記「希望する日時」に、こちらからお電話いたします。 ・ 「希望する日時」に担当者が不在である等、改めて日時を調整させていただく場合は、お電話いたします。 	
希望する方法 (○を付けてください。)	面接 電話 (推奨)		
連絡先電話番号	()	(<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先)	
<p>相談したい内容</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・ 勤務条件や勤務環境で困っていることについて、これまでの経過や事実関係、当事者間で話し合ったときはその内容も含め、具体的に記載してください。また、どのような状態になることを望むのかについても、記載してください。 ・ 記載しきれない場合は、別紙を添付してください。 </div>			

注1 この様式は、これから相談しようとする方が、相談したい内容を予め申告するためのものです。

面接又は電話により、更に詳しいお話をお伺いしたときをもって、相談の受付となります。

注2 各項目に記載の上、郵送又は電子メールにより、下記に送付してください。

〒030-0861 青森市長島2丁目1-5 みどりやビル10階 青森県人事委員会事務局職員課 審査担当 あて
電子メールアドレス shokuinsodan@pref.aomori.lg.jp

*相談申込書に記載された個人情報、相談業務の実施に必要な範囲内でのみ利用します。