

FAX送付先 : 044-819-4109

## 未払い残業代請求相談センター FAX用相談シート

※ わかる範囲で結構ですので、できるだけ詳しくご記入ください。

相 談 者 の 情 報	ふりがな			自宅TEL			
	氏 名			携帯TEL			
				FAX			
	生年月日	年	月	日生	歳	Eメール	
	住所	〒			その他 連絡先	〒	
連絡優先順位		①電話・メール・FAX		②電話・メール・FAX		③電話・メール・FAX	

労 働 契 約 の 内 容	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 試用期間中 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 (		入社日			
				退職日	年	月	日
	雇用関係	<input type="checkbox"/> 在職中 (退職予定: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		<input type="checkbox"/> 退職済			
	役 職	<input type="checkbox"/> 管理監督者 <input type="checkbox"/> 一般		給与	<締め日>	毎月	日締め
	資 格				<支給日>	当月・翌月	日払い
	主な 担当業務			賞与	<給与月額>	計	円
	就業規則	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 規則自体はあるが手元にはない			<直近支給日>	年	月
労 働 契 約 書		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 契約書はないが労働条件通知書がある <input type="checkbox"/> 契約書は交わしたが手元にはない		退職金 規定	<賞与額>		円
			<退職金>			円	
				<input type="checkbox"/> 受給済 (受給金額: ) 円			

今 後 の 対 応	相談者の 希望内容	<input type="checkbox"/> 訴訟になってでも、なるべく多くの残業代を回収したい <input type="checkbox"/> 訴訟は避け、なるべく交渉により解決したい <input type="checkbox"/> 金額よりも早期解決を優先したい <input type="checkbox"/> その他 ( )
	弁護士に対する 希望内容	<input type="checkbox"/> 今すぐ依頼したい <input type="checkbox"/> まずは相談してアドバイスが欲しい <input type="checkbox"/> その他 ( )
	集団での請求	<input type="checkbox"/> 同じ勤務先の人も依頼する可能性があり、集団での請求も検討している <input type="checkbox"/> 集団で請求する予定はない

ご記入有難うございました。送信後3日以内にご返信がない場合、再度ご連絡をお願い申し上げます。

未払い残業代請求相談センター 無料電話相談 : 044-819-4176

FAX送付先 : 044-819-4109