

相談シート

相談者	名前	(歳)
	住所	〒
	学校・学年	
	連絡先	
保護者	名前	
	相談者との関係	
	連絡先	
	問題を把握した時期	
使用者	会社名	
	本社所在地	〒
	勤務先 (店名など)	
	勤務先所在地	〒

	企業規模 (従業員数)	
	業種	
契約 の 基 本 情 報	期間の有無	(有 / 無) 有の場合、 年 月 日から 年 月 日まで
	職種	
	勤務時間	
	賃金	(時給 / 日給 / 月給) 単価： 円
問題 の 状 況 ①	該当する問題 (複数回答)	<input type="checkbox"/> 労働条件を書面で提示しない <input type="checkbox"/> 契約と実際の労働条件が違う <input type="checkbox"/> 残業代や賃金の未払い <input type="checkbox"/> 自爆営業 (天引き有) <input type="checkbox"/> 自爆営業 (天引き無) <input type="checkbox"/> 違算金 (天引き有) <input type="checkbox"/> 違算金 (天引き無) <input type="checkbox"/> その他ペナルティ (天引き有) <input type="checkbox"/> その他ペナルティ (天引き無) <input type="checkbox"/> 有給休暇を取得させてもらえない <input type="checkbox"/> シフトを無理やり入れられる <input type="checkbox"/> 深夜労働 <input type="checkbox"/> パワーハラスメント <input type="checkbox"/> セクシュアル・ハラスメント <input type="checkbox"/> 辞めさせてもらえない <input type="checkbox"/> 解雇 <input type="checkbox"/> その他

問題 の 状 況 ②	できごと	記録・証拠
	<p>*時系列で、5W1H を簡潔に記してください。不明な点はそのままで大丈夫です。(記入箇所が足りない場合はこのページだけ刷り増して、欄外右下に何枚目かを記入してください。)</p>	<p>*有無だけでなく、どんな証拠があるかを記載してください。</p>