

記入日 年 月 日

事業所名		
介護保険事業所番号		
介護サービスの種類	<input type="checkbox"/> 通所 ・ <input type="checkbox"/> 施設 <div style="text-align: right;">(利用定員 名)</div>	
法人名		<input type="checkbox"/> 印 <small>社判又は三文判で可</small>
事業所所在地	〒	
TEL/FAX	TEL ()	FAX ()
採用担当者	氏名 (役職) 連絡先 () E-mail	
希望人材	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他 () <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>未経験可</div>	
通所の場合 営業日/時間	営業日 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 祝日 営業時間 時 分 ~ 時 分	
交通	最寄駅 線 駅 (徒歩・バス 分) マイカー通勤 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可	
その他条件等		
アピールポイント		

利用規約に同意いたしました。