

求人依頼情報登録用紙

ご依頼日： 年 月 日

(ふりがな) 企業名・事業者名		求人ご担当者様 (様)
ご連絡先	〒 —	
	TEL — — FAX — —	
	E-mail	
募集期限	年 月 日()締切……無しの場合は「随時」とします	

●必要な資格・免許・経験等

資 格	
経 験 ・ 能 力	

●雇用条件

勤 務 地	
仕 事 内 容	
求 人 数	()人
就 業 形 態	<input type="checkbox"/> フルタイム (正社員・正社員以外)(←どちらかに○を) <input type="checkbox"/> パートタイム
雇 用 期 間	<input type="checkbox"/> 特に定めない <input type="checkbox"/> あり()
試 用 期 間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ヶ月)
定 年 制	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳) <input type="checkbox"/> 再雇用(歳)
勤 務 日	<input type="checkbox"/> シフトあり
休 日	年間休日数(日)
勤 務 時 間	<input type="checkbox"/> シフトあり
残 業 の 有 無	
報 酬	
交 通 費	
保 険 該当の保険に <input checked="" type="checkbox"/> を 印	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 厚生年金保険 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 その他 ()

●よりよい求人情報提供のために、貴団体・事業所の PR を簡単にどうぞ！（任意）

【送付先】生きがいしごとサポートセンター阪神北 [(認定)宝塚 NPO センター]
〒665-0845 宝塚市栄町 2-1-1 ソリオ 1-3F
TEL:0797-85-7775 FAX:0797-85-7799
E-mail: cdc@hnpo.net