

《人材派遣ご希望確認シート》

送信先:(オフィスクリエーター■FAX:092-726-6063(送り状不要)■ E-MAIL: oya@ac.auone-net.jp)

派遣元担当者:大屋 雅広 ※FAX又はメールで送ってください。ご希望の内容に沿って対応させていただきます。

平成 年 月 日

貴社名			担当者名		
所在地(住所)			電話番号		
職種			必要人数	名	
仕事内容					
必要スキル	(■業務スキル・年齢・性別等についてご希望をお聞かせください)				
派遣期間	年	月	日	～	年 月 日迄
契約更新	有 ()		無 ()		
就業曜日	月	火	水	木	金 土 日 祝
休日	月	火	水	木	金 土 日 祝
就業時間	時	分	～	時 分	(時間)
残業	有 無 ()				
休憩時間	時	分～	時	分 (分)/	時 分～ 時 分(分)
通勤			服装		
最寄駅			最寄バス停		
その他 (自由記載欄)					