

## 株式会社エトワール スタッフ仮登録申込書

年 月 日

お名前	フリガナ	性別	男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日	年齢	満 歳
ご住所	〒 -		
電話番号		携帯電話	
メールアドレス			
FAX番号			
ご希望の連絡先	<input type="checkbox"/> 電 話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX		

ご希望の派遣形態	<input type="checkbox"/> 一般派遣 <input type="checkbox"/> 紹介予定派遣
ご希望の職種	<input type="checkbox"/> 事務系 <input type="checkbox"/> 技術系 <input type="checkbox"/> 営業関連 <input type="checkbox"/> IT系 <input type="checkbox"/> 介護関連 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 販売系 <input type="checkbox"/> 製造・物流系 <input type="checkbox"/> 特になし
取得資格	
職歴	
最終学歴	
就業可能開始日	<input type="checkbox"/> 即日 <input type="checkbox"/> その他 ( 年 月以降)
希望期間	<input type="checkbox"/> 長期 <input type="checkbox"/> 2~6ヶ月 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内の短期 <input type="checkbox"/> 単発・スポット
希望勤務地	
通勤方法	<input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> バイク・原付 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 (バス・鉄道) <input type="checkbox"/> その他
希望のお仕事No.	
その他のご希望	

後日ご希望の連絡先に、担当者よりご連絡いたします。

FAX 054-252-2665