

(株) 継栄クリニック 派遣オーダーシート

☆お客様概要		受付 (記入不要)		依頼日	
貴法人名称					
業種					
所在地					
連絡先	電話番号		FAX番号		
就業先名称					
所在地					
連絡先	電話番号		FAX番号		
交通手段					
派遣先責任者 (FAX送付の場合の連絡先)	部署・役職		電話番号		
	氏名				

☆職務概要

職種		雇用形態	派遣
業務内容			
派遣期間			
派遣曜日		休日	
就業時間		休憩時間	
希望時間単価		円/H	交通費

☆求める人材のご希望

求めるスキル	経験			
	資格等			
備考・その他 特記する事項				
	服装(制服)	有	無	(どちらかに○印)



株式会社 継栄クリニック サポート事業部

〒541-0048 大阪市 中央区 瓦町3丁目4-8 アサヒビル

TEL:06-6201-1212 FAX:06-6201-0100