

# 介護事業者求人情報登録用紙

令和 年 月 日

吉川市長寿支援課 あて

以下の内容の登録・情報提供を依頼します。また、内容の変更が生じた場合には、その旨遅延なく申し出ます。

事業所名	印
担当者名	
電話番号	
FAX	

1 事業所名	
2 所在地	吉川市
3 電話番号	048 ( )
4 提供サービス(サービスが異なる場合に①～③に分けて記載。以下の欄には、提供サービスの①～③に合わせて記載)	① ② ③
5 募集職種(提供サービスの①～③に合わせて記入、以下同じ)	① ② ③
6 資格	① ② ③
7 種別	① 正社員 パート アルバイト (○をつける) ② 正社員 パート アルバイト (○をつける) ③ 正社員 パート アルバイト (○をつける)
8 勤務時間	① ② ③
9 賃金	① ② ③
10 募集にあたってひとこと	
11 掲載希望期間	<input type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 継続 ※掲載中止時は届出。 <input type="checkbox"/> その他 ( )

※ホームページに掲載してから上記の期間が経過したら、自動で削除します。