

ご 要 望 書 (紹介用)

※印以外は、差し支えない程度で結構です。

※法人・園名						
※園長名				※ご記入者名		
※住所 (就業場所)	〒			※TEL		
				※FAX		
※最寄駅	①	線	駅より	<input type="checkbox"/> 徒歩	分 <input type="checkbox"/> バス	分
	②	線	駅より	<input type="checkbox"/> 徒歩	分 <input type="checkbox"/> バス	分
在籍園児数	人					
在籍職員数	人 (正職員 人、パート 人、派遣 人)					
※採用背景	<input type="checkbox"/> 増員 <input type="checkbox"/> 欠員					
※契約期間	<input type="checkbox"/> 期間の定めなし 令和 年 月 日～					
	<input type="checkbox"/> 期間の定めあり 令和 年 月 日～令和 年 月 日					
※試用期間	<input type="checkbox"/> あり (か月) <input type="checkbox"/> なし					
※勤務体系	<input type="checkbox"/> 月～金 <input type="checkbox"/> 週2-3日 <input type="checkbox"/> シフト制			※休日		
※就業時間	: ~ :			※時間外労働	<input type="checkbox"/> ある (平均 時間/月) <input type="checkbox"/> なし	
	休憩時間 <input type="checkbox"/> ある (分) <input type="checkbox"/> なし					
※必要な資格	<input type="checkbox"/> 必要 (保育士・幼稚園教諭・看護師・栄養士・調理師)				<input type="checkbox"/> 不要	
※業務内容 (担当クラス)	<input type="checkbox"/> 歳児 <input type="checkbox"/> その他 ()			車通勤	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可	
	給与: 基本給 (下限 円～上限 円) 手当: 賞与: 昇給:					
※育休実績	名 (年実績)		※受動喫煙 防止措置の状況	その他 敷地内禁煙 ()		
※交通費			※加入保険	健康・厚生年金・雇用・労災		
※理念						

上記内容でお願い致します。

上記内容で承りました。

園 名
ご担当者名: _____

株式会社 あんだんて
代表取締役 佐野 英子

横浜(神奈川) FAX 番号: 045-308-5567

恵比寿(東京・千葉・埼玉) FAX 番号: 03-6661-1321