

労働者派遣 利用希望申込書

令和 年 月 日

FAX099-202-0955

株式会社アクロス
(トータルサポートアクロス 行)

標記について下記のとおり申し込みます。

ふりがな				
法人名及び 代表者名	(印)			
所在地	〒			
保育園名		電 話		FAX
園長名			E-MAIL	

派遣希望内容 (なるべく正確にご記入下さい)			
業 種 (○で囲む)	1. 保育士 2. 看護師 3. 栄養士・管理栄養士 4. 事務 5. その他 ()	利用形態 (○で囲む) ※シフトの パターンが あれば時間 をご記入下 さい。	1. フルタイム (1日6時間以上且つ20日以上) ① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : ④ : ~ : 又は ⑤ : ~ : の間の____時間 1. 以上 2. 程度
勤務時間帯 (○で囲む)	1. 固定勤務 (〇〇番のみなど) 2. 変形労働勤務 (早番～遅番)	※パートの 場合は詳細 をご記入下 さい。	2. パートタイム (月120時間未満) ① : ~ : ② : ~ : (1日 時間程度) (月 日程度)
利用人数 (記入して 下さい)	フルタイム 名 パート 名		
利用時期 (○で囲む)	1. 即利用希望 2. 令和 年 月 日 ~ 3. 新年度利用希望	時間外等	1. あり → 月平均____時間程度 2. なし
利用期間 (○で囲む)	1. 3ヶ月未満 4. 1年以上 2. 6ヶ月未満 5. 3年以上 3. 6ヶ月以上	休日など (○で囲む)	月 火 水 木 金 土 日 祝 他 () 年末年始 GW お盆 <div style="text-align: right;">※裏面へ</div>

必要な経験 免許・資格 など		マイカー 通勤 (○で囲む)	1. 可 駐車場敷地：内・外 駐車料金負担：有_____円/月・無 2. 不可
派遣利用での具体的仕事内容（箇条書きでも結構です）			
特記事項			