

相談・質問票

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				
所在地	〒			
保育園名		電 話		FAX
園長名		E-MAIL		

(相談・質問内容)

業務内容 (○で囲む)	1. 保育所コンサルタントについて 2. 派遣希望について 3. その他	利用形態 (○で囲む) ※派遣希望 の場合のみ 記入して下 さい。	1. フルタイム (1日6時間以上且つ20日以上) 2. パートタイム (月120時間未満) 3. 双方協議で決定
----------------	--	--	---

相談・質問内容 (簡単で結構です)

(例) 新規事業所開設の相談、理事会・評議員会の相談、経理事務の相談、派遣利用の相談等

(貴園の窓口担当者名及び役職
名) 担当者名: 役職名:

特記事項