

「あがたメディカルホーム」 スタッフ採用申込書

フリガナ				男・女
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)			
現住所	〒			
T E L	() -	携帯電話	-	-
連絡先 (現住所以外に連絡を希望する場合のみご記入下さい)				
() -				
希望職種 <small>※希望の職種に○をつける (複数可)</small>	介護スタッフ (正社員・パート) 正・准看護師 (正社員・パート)			
所有資格				
経験年数	有 (年) ・ 無			

郵送又はFAXにてお申し込み下さい。
後日採用担当者より、折り返しご連絡させていただきます。

◆郵送でお申し込みの方

〒441-1231 愛知県豊川市一宮町上新切78番地5
あがたメディカルホーム 採用事務局

◆FAXでお申し込みの方

FAX.
0533 -93 -6626