

依頼書

平成 年 月 日		
貴社名		電話番号 ----- 携帯 ----- ファックス ----- メール -----
貴社住所	〒 -	
業務日	年 月 日 () ~ 年 月 日 () ____日間	休日 ____ 曜日
業務時間	午前・午後 : ~ 午前・午後 : まで	残業 有・無

職種： _____		派遣人数： ____ 名の依頼	
業務内容（詳細）			
	駐車場 有・無	給与お支払い日 毎月	日締め 日支払い
	年齢制限 歳 ~ 歳まで	性別	男性・女性・不問

※FAX 受領後、ご確認のためお電話にてご連絡させていただきます。

弊社記入欄



人と企業のパートナー
ジョブアクタス
糸満市西崎町 5-10-16

TEL(098)994-8809
FAX(098)994-8897

一般労働者派遣事業許可（般）47-300042 職業紹介事業許可 47-ユ-300018

事前確認	最終確認