

エントリーシート

神奈川県衛生学園専門学校 内田 行

FAX. 046-850-6337

ふりがな 氏名	(旧姓)		性別	男 ・ 女
連絡先 携帯番号		生年月日	昭・平 年 月 日生 (才)	
希望日	<input type="checkbox"/> 週1 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) <input type="checkbox"/> 週2 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) <input type="checkbox"/> 週4 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日) <p style="text-align: center;">※希望の勤務日の□にレ点し、勤務可能な曜日に○をして下さい</p> その他 ()			
在学・卒業	() 神奈川校 <div style="text-align: right;">学科 年 在学 ・ 年度卒業</div> () 東 京 校 () そ の 他 ※学校名 () <p style="text-align: center;">※専攻科の方は出身校をご記入ください</p> () 学校			