

エントリーシート

神奈川衛生学園専門学校 内田 行

FAX. 046-850-6337

氏名 <small>ふりがな</small>			性別	男・女
	(旧姓)			
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)			
※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				
	その他 ()			
在学・卒業	() 神奈川校			
	学科	年 在学	・	年度卒業
	() 東京校			
() その他 ※学校名 ()				
※専攻科の方は出身校をご記入ください () 学校				