

コンビニエンスストア専用

以下の欄に必要事項のご記入、及びストアスタンプを必ず押してください。

お客様 (派遣先)	貴社名(店名)		店番	
	オーナー名		ストアスタンプ	
	店長または専従者名			
	派遣就業場所	住所:		
TEL:				
FAX:				
ご連絡する際、比較のご都合の良い時間 時～ 時ごろ				

ご希望の派遣期間に○をつけてください。

長期派遣

短期依頼

派遣希望期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

派遣日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
曜日										
派遣時間	6:00 - 9:00									
	9:00 - 13:00									
	13:00 - 17:00									
	17:00 - 22:00									
	22:00 - 6:00									

※ご希望日に「○」を付けて下さい。希望時間が違う場合は修正してください。派遣時間は3時間以上であれば構いません。

※日数が足りない場合は印刷してお使いください。

業務内容(具体的にご記入下さい。)(例)ワンオペ対応や休憩のタイミング等

--

下記の番号にFAXをお願い致します。

担当者記入欄

代表FAX: 052-308-6516