介護求人ネット申込書

規約に同意し、介護求人ネットへ申し込みをいたします。
FAX：０７５－２１１－８９８９

申込日　　年　　月　　日

フ　リ　ガ　ナ			
法　　人　　名			
フ　リ　ガ　ナ			
代表者名			
フ　リ　ガ　ナ			
法人本部住所	〒 都 道 府 県		
Ｔ　Ｅ　Ｌ		携　帯　電　話	
Ｆ　Ａ　Ｘ		Ｅ　メ　ー　ル	
ＨＰ（ＵＲＬ）	http:		
フ　リ　ガ　ナ			
担　当　者　名			
フ　リ　ガ　ナ			
事　業　所　名			
フ　リ　ガ　ナ			
事業所住所	〒 都 道 府 県		
Ｔ　Ｅ　Ｌ		Ｅ　メ　ー　ル	

チェック	プラン名	施設数	契約期間
□	掲載課金コース		□ 3ヶ月　年　月　日～　年　月　日 □ 6ヵ月　年　月　日～　年　月　日
□	短期間契約コース		3ヶ月　年　月　日～　年　月　日
□	採用課金コース		1年契約(自動更新)
□	オプション利用有		3ヶ月　年　月　日～　年　月　日

※利用オプション名をご記載ください。

※作成代行完了後、３営業日以内に確認及び編集依頼を承らない場合は弊社にて掲載を行います。

ご担当者印	角印