

求人サイト掲載お申込み用紙

FAX: 047-329-2904

※都道府県

治療院名															
住 所	.....														
電 話	( )														
職 種 資 格 条 件 待 遇															

★★<職種・資格・条件・待遇>は自由にお書き下さい。★★

※更新の手続きがない場合は、2ヶ月で自動的に掲載を終了いたします。  
 確認の連絡をさせて頂く場合がございますので、下記内容もご記入下さい。

- ① お名前: \_\_\_\_\_
- ② 掲載料をお振込して頂く際の名義 (かた) : \_\_\_\_\_
- ③ TEL: \_\_\_\_\_ (携帯不可) ④ FAX: \_\_\_\_\_

※掲載お申込み後、当社より確認の用紙がFAXの場合3日以内、郵送の場合1週間以内に届かない場合は、ご一報下さい。(郵送の場合、地域によって若干遅くなる事もございます。)