

学生アルバイト求人申込票

申込先：〒658-8558 神戸市東灘区本山北町 4-19-1

神戸薬科大学 学生課

TEL:078-441-7510 FAX:078-441-7623

求 人 者	ふりがな 求人者名		最寄の駅からの略図 ----- 最寄の駅から徒歩 分	雇 用 条 件	職務内容 (○印)	医療機関受付・その他（その他の場合は内容をご記入ください）	
	ふりがな 連絡者名				雇用期間	年 月 日 より 年 月 日 まで	
	所在地	〒			勤務曜日	毎・隔	
		勤務時間	時 分 ~ 時 分				
		募集人員	名				
		待 遇	賃金（謝礼）		¥	/月・週・日・時給	
			交 通 費		有り（全額・一部）	無し	
			食 事	有り	無し		
			備 考（講義、実習を優先させていただきます。希望の学年・休暇中の扱いについて等ご記入ください）				

太線枠内のみご記入下さい。

紹介学生	学年・組	氏 名	紹介月日	採用月日	備 考