

新規案件・登録専用シート

株式会社ライフスマイル

担当者確認 ⑩

ご契約者様・基本情報

ご記入日：平成 年 月 日

カタカナ 企業名		部署 ご担当者		TEL	
住所	〒		ビル名:	号室:	

ご契約内容

契約名	<input type="checkbox"/> 業務委託契約 <input type="checkbox"/> 請負契約 <input type="checkbox"/> 特定労働者派遣契約 <input type="checkbox"/> 有料職業紹介契約 <input type="checkbox"/> その他 ()				
期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 1～3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3～6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6～9ヶ月 <input type="checkbox"/> 9～12ヶ月 <input type="checkbox"/> 年間更新				
業種	【オフィスワーク関連】 【営業・販売サービス関連】 【飲食・調理関連】 【医療・福祉関連】 【教育関連】 【清掃関連】 【倉庫関連】 【工場関連】 【軽作業関連】 【在宅ワーク】 【他】				
業務名		職種			
業務内容					
業務場所	〒			()	内)
業務時間	(1) : ~ :	(実働 H ※休憩 H)			(固定・交代制・シフト制)
実働	(2) : ~ :	(実働 H ※休憩 H)			(固定・交代制・シフト制)
休憩	(3) : ~ :	(実働 H ※休憩 H)			(固定・交代制・シフト制)
休日	日曜日・祝日 (GW・お盆) (年末年始 月 日～ 月 日) シフト制・他()				
人員・稼動	<input type="checkbox"/> 人員数 / (名) <input type="checkbox"/> 稼動月数 / ※1名につき (稼動)				
単価 金額	<input type="checkbox"/> 時給 (¥) <input type="checkbox"/> 日給 (¥) <input type="checkbox"/> 月額 (¥) <input type="checkbox"/> 一式 (¥) <input type="checkbox"/> その他ご要望 ()				
合計予算					
開始日	平成 年 月 日 ~				
満了日	平成 年 月 日 満了 (※延長または更新 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定)				
入金日	<input type="checkbox"/> 応相談可 (日締め 日払い) <input type="checkbox"/> 指定日 (日締め 日払い)				

ご質問にご協力くださるようお願い申し上げます。

1. 見学・下見について

必要 不要 (場所: 日時:平成 年 月 日 時から)

2. 講習について

必要 不要 (場所: 日時:平成 年 月 日 時から)

3. 資格について

必要 不要 未経験者可 (資格名:)

4. 経験について

必要 不要 未経験者可 (経験内容:)

5. 性別について

男性 女性 どちらでも可

6. 年齢制限について

ある なし 応相談可 (才以上 才未満)

7. 応募案内について

随時行う 不要 (その他ご要望)