

# スタッフ登録申請書

申請日：平成 年 月 日

↑  
 FAX 048-768-7187  
 株式会社テクノクリーン  
 スタッフ登録申請係  
 行

フリガナ				性別		
氏名				男・女		
生年月日	昭・平	年	月	日生 ( 歳)		
住所	〒					
TEL			FAX			
携帯電話						
E-メール						
携帯メール						
直近の健康診断日	平成		年	月 日 ※不明の場合は未記入で構いません		
取得資格	<input type="checkbox"/> 普通自動車免許		<input type="checkbox"/> フォークリフト			
	<input type="checkbox"/> 溶接 <input type="checkbox"/> 玉掛 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> ガス溶接 <input type="checkbox"/> クレーン			
作業可能日	<input type="checkbox"/> 月曜日		<input type="checkbox"/> 金曜日			
	<input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日		<input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日			
□ ゴールデンウィークや夏季・年末年始等の長期休業中 ※作業参加が可能である場合が多い曜日をご参考までお知らせ下さい。 なお、作業依頼をさせて頂く際は、作業依頼日のご都合を確認させて頂くため、改めてご連絡させていただきます。もし、ご都合が悪い場合は、お断り頂いて構いません。						
振込口座	銀行名					
	支店名					
	□座種別	普通口座 ・ 当座口座				
	□座番号					
	□座名義人 <small>ふりがな</small>					
弊社使用欄	受付日	平成	年	月 日	受付番号	

※当用紙に記載された個人情報は、弊社業務に関する各種連絡、及び報酬振込み以外には使用致しません。  
 ※連絡先・振込み先が変更になった場合、年末調整通知書の発送や振込みが出来なくなります。必ず弊社までお知らせ下さい。