



取得年月	免許・資格
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

応募動機

勤務に関するアンケート  
(該当項目にチェックを入れるか○で囲んでください。)

電話での接客の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
使用可能なソフトウェア	<input type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> Excel <input type="checkbox"/> その他( )
希望の勤務日数 (月12日以内)	<input type="checkbox"/> 8日以内 <input type="checkbox"/> 8日～12日程度
勤務できない曜日はありますか？あれば○で囲んでください。	月 火 水 木 金 土 日
土・日・祝日の勤務は可能ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今回もしもご希望に添えなかった場合、次回募集の際にお声掛けしてもよろしいでしょうか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

本人希望記入欄