

○勤務可能日について

1週間当たりの勤務可能日数		日
---------------	--	---

勤務開始可能日

月	日
---	---

※勤務可能な時間帯、曜日に○をつけてください。

勤務時間	日	月	火	水	木	金	土
9:00~16:00							
9:00~12:00							
13:00~16:00							

※勤務可能日等について補足があれば記入してください。

--

○志望理由

--

※資格免許の写しを添付の上、下記アドレス又はFAXでお申し込みください。
なお、申込先は公益社団法人栃木県看護協会（Tel.028-625-6141）となります。

mail : info@t-kango.or.jp

FAX番号 : 028-625-8988