

平成 年 月 日

一般社団法人 北海道薬剤師会会長 様

写真

フリガナ		性別
氏名	印	男・女
生年月日	年 月 日	

派遣薬剤師登録票

派遣希望記入欄

就業開始希望日	<input type="checkbox"/> 年 月 日より可	
希望派遣期間	<input type="checkbox"/> 1週間未満 <input type="checkbox"/> 2週間未満 <input type="checkbox"/> 3週間未満 <input type="checkbox"/> 4週間未満 <input type="checkbox"/> その他()	
派遣日数	<input type="checkbox"/> 週6日 <input type="checkbox"/> 週5・6日(土曜日隔週) <input type="checkbox"/> 週5日 <input type="checkbox"/> その他()	
土曜日勤務	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
就業時間	勤務可能時間帯(時 分～ 時 分)	
残業	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
実労働時間	<input type="checkbox"/> 7時間 <input type="checkbox"/> 6.5時間 <input type="checkbox"/> 5.5時間 <input type="checkbox"/> 5.5時間未満 <input type="checkbox"/> その他()	
派遣職種	<input type="checkbox"/> 薬剤師不足派遣 <input type="checkbox"/> 巡回等イベント派遣 <input type="checkbox"/> 災害派遣	
派遣先希望	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他()	
住所	〒	
勤務先		
連絡先	自宅	Fax
	携帯	E-mail
学歴		
職歴		
要望等		