

学生アルバイト申込書

受付 年 月 日

医 院 名	
医 院 住 所	〒 TEL : () FAX : ()
曜 日	
勤 務 時 間	
時 給	
備 考	

※掲示は当該年度中に限らせて頂きます。

京都文化医療専門学校

TEL : 075-803-1138

FAX : 075-803-1139