

確認表

面接日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|------------|--|---|---------|------|------|
| ふりがな 氏名 | | | | | 印 |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日(西暦 | 年) 才 |
| 血液型 | A・B・O・AB | | | | |
| 電話番号 | — | — | (自宅・携帯) | | |
| 緊急連絡先 | — | — | (氏名) | | |
| 服サイズ | 上 S・M・L・2L・3L・その他 | | | | |
| | 下 S・M・L・2L・3L・その他 | | | | |
| 期間 | 長期・短期 | | | | |
| 曜日 | 月・火・水・木・金・土・日 | | | | |
| 給料 | 月払い(月末締め、翌月25日支払い) ※研修時は日給7,000円(交通費込) | | | | |
| | 週払い(毎週日曜締め、翌週水曜日支払い) ※日給7,000円分を支給 残りは月払時に支給 | | | | |

提出書類

| | | |
|---------------|--|--------------------------------------|
| 履歴書 1通 | 写真添付のこと | <input type="checkbox"/> |
| 住民票 1通 | 本籍地と個人番号(マイナンバー)が記載されているもの | <input type="checkbox"/> |
| 扶養控除等(異動)申告書 | 個人番号(マイナンバー)等、必要箇所を記入、押印ください | <input type="checkbox"/> |
| 同意書 | 記入、押印ください | <input type="checkbox"/> |
| 誓約書 | 記入、押印ください | <input type="checkbox"/> |
| 診断書 | 医師の証明をもらってください | <input type="checkbox"/> ※最寄りの医療機関にて |
| 身分証明書 1通 | ・禁治産又は準禁治産の宣告を受けていない。 ・後見の登記の通知を受けていない。 ・破産宣告又は破産手続き開始の決定の通知を受けていない。 | <input type="checkbox"/> ※本籍地の市区町村にて |
| 証明写真 2枚 | 30×24mm(3年以内に撮影した無帽、正面、上三分身、無背景、カラー・白黒どちらでもよい) | <input type="checkbox"/> |
| 本人確認書類(コピー両面) | 運転免許証、マイナンバーカード等 | <input type="checkbox"/> |
| 給料振込先口座(コピー) | ※りそな銀行 御堂筋支店の口座の場合は、振込手数料がかかりません | <input type="checkbox"/> |
| 確認表 | ※この確認表の内容を確認、提出書類のチェック欄は埋まっています | <input type="checkbox"/> |