

～FAX 送付状～

パティシエエスコヤマ 管理本部 小林 行 FAX 079 - 564 - 4413

2017年 月 日

学校名

氏名

連絡先 TEL:

mail

職場実習の申し込み

希望日に○を付けてください。

7月						
日	月	火	水	木	金	土
				20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					
8月						
日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		
9月						
日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20			

定休日

交通手段に、自転車・バイク・お車を、使用される方は事前にご連絡ください。社内指定の駐車場所をご案内致します。

※ご注意点・各自検査機関にて、検便の実施を済ませてください。

※検査結果は、郵送もしくはFAXにてお送りください。

・電話番号を変更した際は、必ずご連絡お願い致します。