

株式会社関東電気サービス FAX エントリーシート

年 月 日

(よみがな)		生年月日	
お名前		年	月
		日(歳)
住所	〒		
	都・道・府・県	市・区・町・村	
	(建物名)		
TEL		FAX	
メール アドレス		連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール
電験所有資格	<input type="checkbox"/> 1種 <input type="checkbox"/> 2種	<input type="checkbox"/> 3種	<input type="checkbox"/> なし
労務形態希望	<input type="checkbox"/> 月次点検 <input type="checkbox"/> 常駐点検	<input type="checkbox"/> 年次点検	
自己PR			
ご意見・ご質問など			

3 営業日以内に、記載の方法で一度ご連絡いたします

FAX 送信先 03-5609-5178

※お電話番号の間違えにご注意ください！