坂出市地域活性化起業人申出書

坂出市において募集している地域活性化起業人について、募集要項等の内容を承諾の上、次のとおり申し出ます。

申出年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者名 |  |
| 派遣社員氏名（ふりがな） | ※ |
| 勤務年数（R5.8.1現在） | ※ |
| 派遣調整担当者氏名  （ふりがな） |  |
| 派遣調整担当者電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 派遣開始可能日（予定） |  |
| 派遣可能期間 |  |
| 添付書類 | ・会社概要が分かる書類（任意様式）  ・派遣社員の職務経歴書（任意様式） |

※申出時点において派遣社員が決まっていない場合は、空白のままで結構です。

（送信先）

坂出市総務部危機管理課　宛て

E-mail : kikikanri@city.sakaide.lg.jp

TEL 0877-44-5023 FAX 0877-44-5032