「大阪府暴力団離脱者支援対策連絡会」協賛企業申込書

申出年月日			
フリガナ 社名又は称号			
所　在　地			
代　表　者	役　職　名	フリガナ 氏　　名 生年月日	年　月　日（　　歳）
連絡責任者	役　職　名	フリガナ 氏　　名 生年月日	年　月　日（　　歳）
従業員数	約　　名		
主な業種種目	・ ・ ・ ・ ・		
就業内容			
寮の有無	□　有（　　）　□　無（　　）		
雇用条件等	賃　金（　□　日給　□　月給　）　　円 雇用条件 性　別（　□　男性　□　女性　□　男・女） 年　齢（　　歳　～　　歳） 条　件　入れ墨　□　可　□　否 指　詰　□　可　□　否 免許・資格等　（　　） その他　（　　）		
備　　考			

大阪府暴力追放推進センター

ＦＡＸ：０６－６９４６－８９９３

※ 本申込書に記載された個人情報は、協賛企業の各種資料送付などのため以外には利用いたしません。