

関西福祉学院  
(株)ラヴェリオリンクスタッフ 御中

# 申 込 書

以下の条件にて申し込みます。

|        |                             |                             |
|--------|-----------------------------|-----------------------------|
| 申込み日   | 年 月 日                       |                             |
| フリガナ   |                             |                             |
| 発注会社名  | <input type="checkbox"/> 法人 | <input type="checkbox"/> 個人 |
| フリガナ   |                             |                             |
| 窓口・店舗名 |                             |                             |
| フリガナ   | (〒 - )                      |                             |
| 所在地    |                             |                             |
| 連絡先    | T E L                       | F A X                       |
| 責任者    | 役職名                         | フリガナ                        |
| 担当者    | 役職名                         | フリガナ                        |
|        | mail アドレス /                 | @                           |

|       |        |       |
|-------|--------|-------|
| フリガナ  | (〒 - ) |       |
| 本社所在地 |        |       |
| 連絡先   | T E L  | F A X |
| 責任者   | 役職名    | フリガナ  |

**= ご注意 =**  
 掲示物はメール添付(エクセル、ワード、PDF)で関西福祉学院へお送り下さい。  
 各教室への掲示は資料添付メール到着後1日から3日で完了致します。  
 掲示期間は1ヶ月を期限とし以後非掲示致します。(継続の場合別途1ヶ月単位で費用請求致します。)  
 パンフレット設置については宅急便到着後、速やかに配置致しますが、1ヶ月の起点日は求人票掲示日と致します。

〒532-0011 大阪市淀川区西中島4-13-22 大拓ビル17 5F  
 関西福祉学院 宛迄

● 太枠・二重線枠内をご記入頂き、FAX送信願います。

申込書送信用FAX番号

**FAX番号 06-6838-7080**

○発注先と異なる場合にご記入ください

|        |                             |                             |
|--------|-----------------------------|-----------------------------|
| フリガナ   |                             |                             |
| 発注会社名  | <input type="checkbox"/> 法人 | <input type="checkbox"/> 個人 |
| フリガナ   |                             |                             |
| 窓口・店舗名 |                             |                             |
| フリガナ   | (〒 - )                      |                             |
| 所在地    | 経歴                          |                             |
| 連絡先    | T E L                       | F A X                       |
| 責任者    | 役職名                         | フリガナ                        |
|        | mail アドレス /                 | @                           |

|      |         |     |         |     |
|------|---------|-----|---------|-----|
| 申込内容 | 入金予定日 / | 月 日 | 掲示希望日 / | 月 日 |
|------|---------|-----|---------|-----|

|   |                                    |                               |                               |                                |                               |   |   |
|---|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---|---|
| A | <input type="checkbox"/> 教室への求人票掲示 | <input type="checkbox"/> 新大阪校 | <input type="checkbox"/> なんば校 | <input type="checkbox"/> 三国ヶ丘校 | <input type="checkbox"/> 岸和田校 | 【 | カ |
|   | <input type="checkbox"/> パンフレット設置  | <input type="checkbox"/> 新大阪校 | <input type="checkbox"/> なんば校 | <input type="checkbox"/> 三国ヶ丘校 | <input type="checkbox"/> 岸和田校 | 【 | カ |

|   |  |  |
|---|--|--|
| B | <input type="checkbox"/> 学校資料請求者へ 貴法人・施設 | 当学院への資料請求者はWeb(当社HP、有料Webスクール媒体)と電話で月に70名~90名。 |
|   | 資料封入【<br>カ月間】                            | 貴法人・施設資料A4サイズ1枚程度を当校、提携先として同封させていただきます。        |

**= 摘要 =**

※Aの教室への求人票掲示とパンフレット設置はワセットですが、必要ない場合はチェックを入れしないで下さい。  
 Aの料金は1教室当たり1ヶ月3,000円となっております。

Bの料金は1ヶ月あたり3,000円となっております。

料金は外税であり別途消費税ご請求申し上げます。

## 関 西 福 祉 学 院

〒532-0011 大阪市淀川区西中島4-13-22 大拓ビル17 5F

TEL 06-6306-6162

FAX 06-6838-7080

揭示データ送信用アドレス

**[kfgsc@l-linkstaff.jp](mailto:kfgsc@l-linkstaff.jp)**