

ア ル バ イ ト 届

年 月 日

市立函館病院高等看護学院長 様

学年 (A・B) 組 出席番号

氏名 (自署)

住所

このことについて、次のとおり届出いたします。

アルバイトの内容

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | <u>アルバイト先住所</u> |
| 2 | <u>アルバイト先電話</u> |
| 3 | <u>店名・職種</u> |
| 4 | <u>勤務時間・曜日</u> |
| 5 | <u>通勤手段</u> |