シルバー派遣受注票

事務所長	派遣元責任者	担当者

受注日：　令和　　年　　月　　日

事業所名　日置市実施事務所

1　派遣先事項

事業所名		TEL	
		FAX	
所在地	〒		
派遣先責任者	部(課)名　　役職	TEL	
	氏名	FAX	
苦情の申出を受ける者	課係名	TEL	
	氏名	FAX	

2　就業条件ー（1）

就業場所	〒
組織単位	(組織の名称)　　(組織の長の職名)
指揮命令者	所属　　役職　　氏名
業務内容（詳しく記入）	
派遣期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日
就業日	月・火・水・木・金・土・日・祝　　シフト（有・無）
就業時間	時　　分　～　　時　　分　　シフト（有・無）
休憩時間	時　　分　～　　時　　分　・　なし
安全衛生	派遣先及び派遣元事業主は、労働者派遣法第44条から47条の2までの規定により課された各法令を遵守し、自己に課された法令上の責任を負う。
福利厚生	食堂　・更衣室　・休憩室　・制服貸与　・その他（　　）
派遣人員	名
派遣料金	基本料金　　円　／　1時間あたり　　(派遣先は消費税を外税として負担する)
交通費	あり　・　なし
請求方法及び支払方法	毎月　　日締め　　翌月　　日払い

就業場所までの略図	必要な技能･経験・能力等
（最寄駅　　線　　駅・徒歩　　分）	

公益社団法人日置市シルバー人材センター　TEL 099-273-6039　FAX 099-273-6051