

# シルバー派遣事業 派遣依頼 受付票

お手数ですが、①派遣先事項 ②就業条件 ③支払条件 へのご記入をお願いいたします。

## ① 派遣先事項

令和 年 月 日記入

法人名又は 事業所名			
	Tel	Fax	E-mail
代表者名	役職	氏名	様
ご担当者名	部署名	氏名	様
事業所所在地	〒		
職種		従業員数	人

## ② 就業条件

就業先住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ 〒		
就業先電話番号	電話	FAX	
派遣希望期間	令和 年 月 日 ( ) ~ 令和 年 月 日 ( )		
就業曜日	月・火・水・木・金・土・日・祝 ( )		
就業時間 (休憩時間)	時 分 ~ 時 分 【実働 時間 分】 無・有 ( 時 分 ~ 時 分 ) 分		
派遣希望人数	人	必要な資格 有・無 ( )	
業務内容			
指揮命令者	部署名	役職名	氏名 連絡先
苦情の申出を受ける者	部署名	役職名	氏名 連絡先
派遣先責任者	部署名	役職名	氏名 連絡先

## ③ 支払条件

派遣料金は、月末〆・翌月20日迄のお支払いとなりますが、対応可能でしょうか。

1. 対応可能 2. 対応不可 ⇒ ( )日〆( )日支払い