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	□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 ⇒ 月末〆 翌月（　　）日支払い

公益社団法人島根県シルバー人材センター連合会　出雲市事務所　届出受理番号（シ32-001）

出雲市今市町北本町2丁目1番地6　TEL 0853-24-1787　FAX 0853-22-5830