

# 派遣内容確認表

太枠内にご記入をお願いいたします

## 【基本情報】

フリガナ 会社・団体の名称	
フリガナ 代表者	役職名：
住所・連絡先 (番地名まで詳細にご記入ください)	〒 - 電話： ( ) FAX： ( )
フリガナ 担当者	部署名： 役職名：
フリガナ 請求先 ※	
請求先住所・連絡先 ※	〒 - 電話番号： ( )

※ 請求先及び請求先住所・連絡先は指定がなければ記入不要です

## 【就業内容】 基本内容

受注件名	(業務の内容をなるべく詳細にご記入ください)
派遣期間	年 月 日 ~ 年 月 日 期間終了後、契約の更新の可能性 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
派遣先住所・連絡先 ※ 就業先の住所をご記入ください	〒 - 電話： ( ) FAX： ( )
派遣先部署名・ 部署の長となる役職名	部署名： 役職名：
派遣先指揮命令者	部署： 役職： 氏名： 電話： ( )
派遣先苦情処理担当者	部署： 役職： 氏名： 電話： ( )
派遣先責任者	部署： 役職： 氏名： 電話： ( )

※ 派遣先指揮命令者・派遣先苦情処理担当者は同一の人にならないようご配慮ください

## 【条件内容】

就業日	<input type="checkbox"/> 月 火 水 木 金 土 日 祝 <input type="checkbox"/> 予定表による (予定表を添付) 該当に○を付けてください 注：法定休日勤務はできません
就業時間	注：法定労働時間外の就業はできません
休憩時間	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
希望派遣人数	_____名 注：期間中、同一時間帯に就業する最大人数
車両の運転	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ※ 運転する車両の車種・任意の保険の写し等のわかる書類、行程表を添付
現金・有価証券の取扱い	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ① 現金等の種類： ② 取扱い金額(上限額)： 円 ③ 取扱場所： ④ 業務内容(詳細)： ⑤ 出入金等の管理上の定め： ⑥ 現金等の決済担当者：