

シルバー派遣労働受注・相談相談票

年 月 日

事務所名 摂津市

事務所長	派遣元責任者	担当者

1 派遣先事項

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

2 就業条件-(1)

就業場所	〒	
指揮命令者	所属 役職	氏名
業務内容		
派遣期間	年 月 日～ 年 月 日	
就業日	月・火・水・木・金・土・日	
派遣時間	時 分～ 時 分	
休憩時間	時 分～ 時 分 ・ なし	
休暇		
安全衛生		
福利厚生		
派遣人員	名	
派遣料	基本料金 円/時	派遣先は消費税等を別途外税として負担する
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 (最寄駅 線 駅 徒歩 分)	必要な技能、経験、能力等	

※労働者派遣契約のお申込みは、この用紙に必要事項をご記入ください。