

勤務実績通知書

H 年 月分

派遣スタッフ氏名	業務の種類	派遣元事業所名称	派遣元責任者	派遣元事業所の所在地	TEL/FAX
		株式会社サン・プランナー	常務取締役 安在 純子	〒410-0055沼津市高島本町16-16 三井生命沼津高島本町ビル3F	TEL:055-920-5020 FAX:055-924-5397

日	始業		終業		休憩 (分)	定時(H)		時間外		深夜(H)		確認印	備考	契約上の就業時間帯		
	時	分	時	分		時間	分	休日勤務	時間	分	時間			分		
16														実働	時間	分
17														休憩	分	
18														※原本を派遣先に提出, コピーをサン・プランナー までFAXして下さい。 FAX送信→15日 (FAX:055-924-5397) ※有給休暇使用時は 必ず備考欄に明記 して下さい。		
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13														規定出勤日数	日	
14														欠勤日数	日	
15														実労働日数	日	
合計勤務時間数																

注) 休日出勤もチェックしますので、休日の日には○印をして下さい。

派遣先事業所名称	
派遣先責任者の職氏名	印