

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 | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | 実働 | 時間 分 |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | 休憩 | 分 |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | | | | 規定出勤日数 | 日 |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | 欠勤日数 | 日 |
| 31 | | | | | | | | | | | | | | 実労働日数 | 日 |
| 合計勤務時間数 | | | | | | | | | | | | | | | |

※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。

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 |