

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	
21														実働	時間 分
22														休憩	分
23														※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。	
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18														規定出勤日数	日
19														欠勤日数	日
20														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