

株式会社グリーンテック 御中

会社名・事業所名 ▲▲●○鋼業株式会社 ●○工場

部署名・担当者 製造1課 □□G ●●●● (印) 印

発注形態：労働者派遣

GT 依頼No.:

★下記項目に漏れなくご記入をお願いします。

貴社情報 (派遣先)	フリガナ 会社名	▲▲●○コウギョウ ▲▲●○鋼業株式会社	フリガナ 事業所名	●○コウジョウ ●○工場
	郵便番号	000 - 0000	住所	口県口市口町100番地
	担当部署	製造1課 □□G		
	フリガナ 担当者 フルネームをご記入⇒	000 0000 ●● ●●	TEL	000-000-0000
	緊急連絡先の担当者	△△ △△	FAX	000-000-0000
	作業結果報告書 の送信方法	<input type="checkbox"/> FAX送信 <input type="checkbox"/> E-Mail	アドレス	●●@●●.co.jp
請求先	<input type="checkbox"/> 派遣先 <input type="checkbox"/> 振替	連絡先		
派遣先責任者	部署名	製造1課	氏名	△△ △△
	役職名	課長	TEL	000-000-0000
指揮命令者	部署名	製造1課 □□G	氏名	●● ●●
	役職名	グループ長	TEL	000-000-0000
派遣先苦情 処理担当者	部署名	総務課 人事係	氏名	▼▼ ▼▼
	役職名	係長	TEL	000-000-0000
就業場所	フリガナ 会社名	▲▲●○コウギョウ ▲▲●○鋼業株式会社	フリガナ 事業所名	●○コウジョウ ●○工場
	郵便番号	000 - 0000	住所	口県口市口町100番地
	担当部署	製造1課 □□G		
	フリガナ 担当者 フルネームをご記入⇒	000 0000 ●● ●●	TEL	000-000-0000
			FAX	000-000-0000
	※労働者派遣法第4条第1項に該当する業務（港湾運送業務に係る倉庫内作業、警備業務等）には労働者派遣を行うことはできません。 弊社従業員が利用できない施設や設備等を記載して下さい。 安全衛生に関わる注意事項がある場合、記載して下さい。			
作業期間	0000 年 00 月 00 日 ~ 0000 年 00 月 00 日			
契約期間	<input type="checkbox"/> 作業期間と同じ <input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 2ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 2年 <input type="checkbox"/> その他 () 単位の契約			
1直	就業時間	00 時 00 分 ~ 00 時 00 分		
	休憩時間	00 時 00 分 ~ 00 時 00 分 ・ 00 時 00 分 ~ 00 時 00 分		
2直	就業時間	00 時 00 分 ~ 00 時 00 分		
	休憩時間	00 時 00 分 ~ 00 時 00 分 ・ 00 時 00 分 ~ 00 時 00 分		
3直	就業時間	00 時 00 分 ~ 00 時 00 分		
	休憩時間	00 時 00 分 ~ 00 時 00 分 ・ 00 時 00 分 ~ 00 時 00 分		
派遣人数	合計	6 名	実働時間	8 時間 00 分
事業所単位 抵触日	西暦 0000 年 00 月 00 日 ●貴社派遣受入事業所の抵触日の記入をお願いします。			
	※派遣できる期間は原則3年間です。1回の意見聴取で3年まで延長できます。抵触日通知書の発行をお願いいたします。			
作業内容	<input type="checkbox"/> 検査・選別 <input type="checkbox"/> 修正・加工 <input type="checkbox"/> 測定 <input type="checkbox"/> 有資格作業 <input type="checkbox"/> 海外作業 <input type="checkbox"/> その他 6ラインにおける製品組付け業務			
責任の程度	<input type="checkbox"/> 付与される権限なし <input type="checkbox"/> 付与される権限あり (名のリーダー)			
福利厚生施設	<input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 休憩室 <input type="checkbox"/> 更衣室 <input type="checkbox"/> その他 (医務室 (健康相談室))			
業務に特化した教育訓練	<input type="checkbox"/> 制度なし <input type="checkbox"/> 制度あり ()			
備考 (派遣先提供情報)	上記「福利厚生施設」毎の利用時間の指定有無 (<input type="checkbox"/> 下記時間の利用 <input type="checkbox"/> 就業中における休憩時間)			
	食堂 (: ~ :) 休憩室 (: ~ :) 更衣室 (: ~ :) その他 (: ~ :)			
備考 (製品略図等)	上記「教育訓練」の内容:			
	*選別箇所が判る写真等資料・製品略図等 (仕様書) 有 無			
GT 備考欄	対応社員CD:		確認日	確認者
派遣金額 (時間単価)		★作業を実施しない日が連続で30日となった場合、あらたに「労働者派遣申込書」を発行ください。		
<input type="checkbox"/> 作業価格表に基づくものとします。		① 休日の取扱については緑グリーンテックカレンダーに基づきます。		
<input type="checkbox"/> 見積書No. _____ に基づくものとします。*		② 対応する弊社営業所から就業場所までの移動時間の費用についても料金表に基づきます。		
*見積書No.に基づく場合は上記条件①、②、③は見積書に基づくものとします。		③ 移動に関して有料道路を使用した場合は、別途実費請求させていただきます。		
★作業価格表がお手元に無い際は		★本書に基づき、個別契約書を作成します。		
お気軽に担当営業または最寄りの拠点へご連絡ください。		★基本契約が締結されていない場合は担当営業がご説明にあがります。		

注意