

# 株式会社Life Stage

就業年月	年		月
スタッフNo.			
氏名			
派遣先	派遣先会社名		
	派遣先名		
	派遣先所在地		
	組織単位		
責任の程度			
業務内容			



送付先FAX 050-3535-2449

送付先Mail ls01@lifestage.jp

日付	曜日	開始時間		終了時間		休憩時間		派遣先確認欄	備考
1		:	:	:	:	:	:		
2		:	:	:	:	:	:		
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		:	:	:	:	:	:		
30		:	:	:	:	:	:		
31		:	:	:	:	:	:		

※勤務終了後に、開始・終了・休憩時間記載の上、派遣先担当者様より確認印または署名をいただいてください。

派遣先ご担当者様 確認署名・ご捺印欄
--------------------

月の最終勤務日が終了しましたら、上記欄へ派遣先担当者様より署名または印鑑をいただき、ご提出ください。