

# 発 注 票

①から⑩までご記入の上、FAX番号:03-3265-1904へご送信ください。

①ご依頼日      年   月   日

②フリガナ			
③発注者様名			
④ご住所	〒		
⑤電話番号		⑥FAX番号	
⑦ご担当者様		⑧携帯番号	
⑨お仕事内容  * 詳しくご記入 ください。			
⑩就業場所			
⑪募集人員	男性 名 ・ 女性 名 ・ 不問 名 ⇒ 合計 名		
⑫就業日 または 就業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝日、年末年始を含む (就業する曜日に○をつけてください。)		
⑬就業時間	午前      時      分      ~      時      分		
	午後      時      分      ~      時      分		
⑭配分金 * 1	平日	円	
	土日祝日	円	
事務費 * 2	上記配分金に10%を乗じた金額を事務費としていただきます。		
⑮交通費支給	有 ( 実費      円 ) ・ 無		
⑯備考			
注意事項	* 1 配分金とは就業した会員に支払う作業費です。また、別途消費税がかかります。 * 2 事務費とは契約書・請求書作成などの当センター事務経費です。		