

発 注 仕 様 書

平成 年 月 日

お 名 前		発注者 区分	公 共 ・ 民 企 ・ 一 家 間 業 ・ 般 庭
ご 住 所	〒 -		
電 話 番 号		FAX	ご担当者名
件 名			
お仕事の内容(具体的にご記入ください。)			
就 業 場 所			
期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
就 業 日	週 回 月・火・水・木・金・土・日・祝日		曜日相談
就 業 時 間	: ~ :		時間相談
支 払 額 (1時間換算)	別途、所定の事務費を申し受けます。		
交 通 費	支 給 (有・無) (一日当り上限 円)		
備 考			

※お支払いは請求書が届いてから2週間以内にお願ひ致します。
振込手数料は、恐縮ですが発注者様にご負担いただきます。

 <<センター使用欄>>

受注番号			
受付方法	電話・FAX・メール・来所・その他()		
発注者番号			
事務費	5%	10%	その他()
就業会員			

公益社団法人 中央区シルバー人材センター
 電話(3551)2700 FAX(5542)2100

担当者印