

# ご注文依頼票

ご依頼日

年

月

日

法人のお客様	事業所名	フリガナ					様					
	所在地	郵便番号 (      -      ) フリガナ										
	電話番号	FAX番号										
	ご担当	様					所 属					
	電話番号											
個人のお客様	お名前	フリガナ					様					
	ご住所	郵便番号 (      -      ) フリガナ										
	電話番号	FAX番号										
	ご注文内容	作業内容 (ご依頼のお仕事)										
	作業場所					交通費	① 実費	② 一部	③ なし			
作業期間	年	月	日	曜日指定	月	火	水	木	金	作業時間	時	分
	年	月	日		土	日	祝				時	分
ご希望人数及び性別	男.....名 ・ 女.....名 ・ 不問.....名 ・ 合計.....名											
ご希望予算額	1時間当たりの作業費					★作業費のほかに事務手数料として、作業費の10% (請負)・22% (派遣)を別途ご負担いただくこととなりますので、予めご了承ください。					円	

※本票を下記までFAX頂きますようお願い申し上げます。

〒140-0001 品川区北品川3-11-16

公益社団法人品川区シルバー人材センター

**FAX : 03-3471-6187**

(TEL : 03-3450-0711)