

労働者派遣個別契約書

派遣先 (以下「甲」と称す)と
 派遣元 株式会社ハイペリオン (以下「乙」と称す)は
 甲乙間で締結した 付けの労働者派遣基本契約書の
 定めに従い次の派遣条件に基づき労働派遣契約を締結する。

派遣先	名 称				
	住所				
	就業部署				
	就業場所				
	指揮命令者	管理薬剤師		TEL:	
	派遣先責任者	担当者		TEL:	
派遣元	苦情の申出先	担当者		TEL:	
	名 称	株式会社ハイペリオン		許可番号	般11-300219
	派遣元責任者	支店長	山田 庄松	TEL:	048-451-3877
派遣条件等	苦情の申出先	支店長	山田 庄松	TEL:	048-451-3871
	業務内容				26業種の場合その番号
	契約期間				抵触日
	派遣人数				
	就業曜日				
	就業時間	～			
	休憩時間	分			
	時間外勤務				
	支払い条件等				
	派遣料金	基本: ¥4,000/時 残業: ¥5,000/時 深夜: ¥5,000/時 深夜残業: ¥6,000/時	休日基本: ¥5,400/時 休日残業: ¥5,400/時 休日深夜: ¥6,400/時 休日深夜残業: ¥6,400/時	計算単位: 15分 交通費: 実費	
	安全・衛生				
	便宜供与				
	苦情処理方法				
	派遣契約解除の場合の措置				
	備考				

上記契約の証しとして本書2通を作成し、甲乙記名封印のうえ、各1通を保有する。

(甲)

住所

会社名
代表者名

(乙)

住所

会社名
代表者名

〒351-0022
 埼玉県朝霞市東弁財3-15-3
 株式会社ハイペリオン
 瀬川英則