別紙様式

　　　特定医療費（指定難病）受給者証更新業務労働者派遣業務実施報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年　月　日

　広　島　県　知　事　様

（健康福祉局疾病対策課）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　派遣元事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

令和７年　月の労働者派遣の状況は次のとおりです。

１　通常の就業状況

（就業時間９時30分から16時30分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 派遣労働者名 | 就業日数 | 延べ就業時間数 | 備　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

２　通常以外の就業状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 派遣労働者名 | 就業日・就業時間 | 就業時間数 | 備　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 | ― |  |  |