LOCATION
LOCATION NAME
SUNDAY WEEKENDING DATE ____/____/____.

WEEKLY TIME RECORD

WORKNET

FAX TO 1 866 871-0097

COMPANY: ORDER NO. OR DEPT:

ADDRESS:

CITY: STATE: ZIP

HOURS WORKED ARE VERIFIED AND ARE CORRECT AS INDICATED.

CROSS OUT ANY DAYS NOT WORKED BY THE EMPLOYEE. APPROVAL INCLUDES VERIFICATION OF HOURS WORKED AND ACCEPTANCE OF THE TERMS AND CONDITIONS OF THE WORKNET SERVICE AGREEMENT.

CLIENT SIGNATURE: DATE:

____/____/____.

I UNDERSTAND THAT THE HOURS WILL BE VERIFIED BY WORKNET WITH THE CUSTOMER. I ALSO CERTIFY NO ACCIDENT OR INJURY WAS SUSTAINED WHILE WORKING ON THE ASSIGNEMENT UNLESS SO NOTED IN THE EMPLOYEE COMMENTS SECTION.	.	__/__/__. MON HRS.| MIN	__/__/__. TUE HRS.| MIN.	__/__/__. WED HRS.| MIN.	__/__/__. THUR HRS.| MIN.	__/__/__. FRIDAY HRS.| MIN.	__/__/__. SAT HRS.| MIN.	__/__/__. SUN HRS.| MIN.	TOTAL REG TIME HRS.| MIN.	TOTAL OVERTIME HRS.| MIN.
NAME (Print First Name, M.I., Last Name)	IN	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	LUNCH OUT	:	:	:	:	:	:	:	:	:
SOCIAL SECURITY NUMBER ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	LUNCH IN	:	:	:	:	:	:	:	:	:
EMPLOYEE SIGNATURE	OUT			:	:	:	:	:	:	:
	TOTAL	:	:	:	:	:	:	:	:	:
NAME (Print First Name, M.I., Last Name)	IN	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	LUNCH OUT	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	LUNCH IN	:	:	:	:	:	:	:	:	:
EMPLOYEE SIGNATURE	OUT	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	TOTAL	:	:	:	:	:	:	:	:	:
NAME (Print First Name, M.I., Last Name)	IN	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	LUNCH OUT	:	:	:	:	:	:	:	:	:
SOCIAL SECURITY NUMBER ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	LUNCH IN	:	:	:	:	:	:	:	:	:
EMPLOYEE SIGNATURE	OUT	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	TOTAL	:	:	:	:	:	:	:	:	:
NAME (Print First Name, M.I., Last Name)	IN	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	LUNCH OUT	:	:	:	:	:	:	:	:	:
SOCIAL SECURITY NUMBER ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___	LUNCH IN	:	:	:	:	:	:	:	:	:
EMPLOYEE SIGNATURE	OUT	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	TOTAL	:	:	:	:	:	:	:	:	:

EMPLOYEE NAME: COMMENTS:	EMPLOYEE NAME: COMMENTS:	EMPLOYEE NAME: COMMENTS: