Arbeitszeitnachweis

Name, Vorname: _____ Monat / Jahr _____

Datum	Wochentag	Soll-Arbeitszeit	abgeleistete Arbeitsstunden	bez. Urlaub	Feiertage	Krank m. Lohnfortz.	Krank oh. Lohnfortz.	Sonstige Fehlzeiten	Kurzarbeit Ausfallstunden	Kurzarbeit Krankstunden
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
21.										
22.										
23.										
24.										
25.										
26.										
27.										
28.										
29.										
30.										
31.										