



FOOD & NUTRITION SERVICES TIME REPORT

Regular Employee

Employee ID # _____ Pay Period Ending _____
 Required on all timesheets (found on Check/Direct Deposit Advice) Month Year

1936 Carlotta Dr., Wing B
 Concord, CA 94519
 (925) 682-8000, ext. 4201

Name (Last) (First) (Middle Initial) Job Title

(PLEASE PRINT ALL INFORMATION)

PLEASE SUBMIT TO FOOD & NUTRITION OFFICE BY THE END OF PAY PERIOD.

DATE	AM HOURS		PM		TOTAL HOURS		TEMP CLASSIFICATION	REASON FOR EXTRA TIME/ABSENCE
	FROM	TO	FROM	TO	REG	OT		
16	:	:	:	:				
17	:	:	:	:				
18	:	:	:	:				
19	:	:	:	:				
20	:	:	:	:				
21	:	:	:	:				
22	:	:	:	:				
23	:	:	:	:				
24	:	:	:	:				
25	:	:	:	:				
26	:	:	:	:				
27	:	:	:	:				
28	:	:	:	:				
29	:	:	:	:				
30	:	:	:	:				
31	:	:	:	:				
1	:	:	:	:				
2	:	:	:	:				
3	:	:	:	:				
4	:	:	:	:				
5	:	:	:	:				
6	:	:	:	:				
7	:	:	:	:				
8	:	:	:	:				
9	:	:	:	:				
10	:	:	:	:				
11	:	:	:	:				
12	:	:	:	:				
13	:	:	:	:				
14	:	:	:	:				
15	:	:	:	:				

HOURS WORKED		EMPLOYEE'S SIGNATURE	DATE
HOLIDAY HOURS		APPROVED BY MANAGER	DATE
TOTAL HOURS		APPROVED BY SUPERVISOR	DATE

TIME	HOUR CODE	TIME	HOUR CODE	TIME	HOUR CODE	RATE OF PAY	EXPENSE CODE
							_____.6110.47.2200
							_____.6110.47.2200
							_____.6110.47.2200
							_____.6110.47.2200