



FOOD & NUTRITION SERVICES TIME REPORT

Manager

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)

(PLEASE PRINT ALL INFORMATION)

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

DATE	AM		HOURS		PM		TOTAL HOURS		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
					TOTAL HOURS				APPROVED BY SUPERVISOR	DATE

Time	Hour Code	Rate of Pay	Expense Code
			_____.6110.47.2200
			_____.6110.47.2210
			_____.6110.47.22__