

様式2

営業概要書

商号又は名称			
所在地			
代表者名 (代理人名)			
電話番号 (緊急連絡先)	ファクシミリ		
営業担当者	資本金	円	
従業員数	名	定休日	
保健所登録番号	腸内細菌検査	月	回
創業年月日	営業年数	年	
営業形態	1 小売 2 卸売 3 製造販売 4 製造卸売		
年間売上高	年 月 日から	年 月 日まで	円
運搬所要時間	分	納入予定時間	
土・日・祝日の配達	1 可 2 不可	※学校行事対応	
運搬方法	1 自社配送 2 委託配送 (車種:)		
車の仕様	温度管理に関する仕様 有・無 (無の場合の対応:)		
取扱品目			
発注取消に必要な日数(臨時休校等)	納入日の日前	時まで(休日を除く)	
主要納入実績			
主要品名	納入先	直近契約期間	年間納入実績額