

営業概要書

商号又は名称			
所在 地			
代表 者 名			
電 話 番 号		営 業 担 当 者 名	
資 本 金	円	従 業 員 数	名
保健所登録番号		細菌検査(検便)	年 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	土曜日の配達	1 可 2 不可
		日曜日の配達	1 可 2 不可
		祝日の配達	1 可 2 不可
運 搬 方 法	1 自社配達 2 委託配達 (車種:)		
車 の 仕 様	温度管理に関する仕様 有・無 冷蔵・冷凍品の納入予定があり、温度管理に関する仕様無の場合の対応: ()		
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