

営 業 概 要 書

商号又は名称	代表者名		
所在地	TEL FAX		
従業員数	営業担当者		
保健所登録業者コード（※不明の場合は空欄）	検便	している	年 回 月 回 していない
資本金	営業年数		
創業年月日	土曜日の配達 1 配達できる 2 配達できない		
年間売上高	年 月 日から 年 月 日まで 円		
営業形態	1 小売 2 卸売 3 製造販売 4 製造卸売		
取扱品目			
主要納入実績	納入先	直近契約期間	

最寄り駅から事業所までの略図（※別添の場合は A4 とすること）	定休日
	営業時間
	納入可能時間帯
	運搬所要時間