

※弊社担当者との支払い条件を取り決めた上、ご記入ください。						
弊社担当者氏名:		支払条件:現金		% でんさい(手形) %		
フリガナ 会社名	フリガナ				代表者名	
本社所在地	〒 住所		TEL	FAX		
取引事業所 所在地	〒 住所		TEL	FAX		
営業担当者	部署名 役職名・氏名		TEL	FAX		
資本金	千円	創業	年	月	従業員数 名	
代表業種	1. メーカー 2. 工事業 3. その他( )		営業種目 取扱商品			
売上高	年度	百万円	経常利益	年度	千円	
	年度	百万円		年度	千円	
	年度	百万円		年度	千円	
主要販売先	1. 2. 3.		主要仕入先	1. 2. 3.		
主要取引銀行	銀行 支店		銀行 支店			
保険加入状況	労災保険 (労働保険番号)	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入	健康保険 (事業所整理記号)	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入		
	雇用保険 (労働保険番号)	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入	厚生年金保険 (事業所番号)	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入		
建設業・産廃 業許可種目	種別	許可者	区分	許可番号	有効期間	
	1.	大臣・知事	特定・一般			
	2.	大臣・知事	特定・一般			
	3.	大臣・知事	特定・一般			
	4.	大臣・知事	特定・一般			
資格名・所有 者数	1.		6.			
	2.		7.			
	3.		8.			
	4.		9.			
	5.		10.			
施工地域						
主要協力業者 名・動員作業 員数	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
	5.					
基本契約締結	有・無	年	月			