営 業 概 要 書

商号又は名称			
所在地			
代表者名			
電話番号 （緊急時連絡先）		営業担当者名	
資本金	円	従業員数	名
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	土曜日の配達	1　可　2　不可
運搬方法 車の仕様	1　自社配送　2　委託配送　（車種：　） 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