

営 業 概 要 書

商号又は名称			
所在地			
代表者名			
電話番号		FAX	
緊急時連絡先		営業担当者名	
定休日		従業員数	
保健所登録番号		腸内細菌検査	月 回
創業年月日		営業年数	
営業形態	1 小売 2 卸売 3 製造販売 4 製造卸売		
運搬所要時間	分	土日祝の配達	1 可 2 不可 備考：
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