営 業 概 要 書

商号又は名称			
所　在　地			
代　表　者　名			
電　話　番　号 （緊急連絡先）		営業担当者名	
資　本　金	円	従　業　員　数	名
保健所登録番号		細菌検査（検便）	年　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		
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			

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