

営 業 概 要 書

商号又は名称			
所在地			
代表者名			
電話番号		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	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 (別途本校までの経路が分かる地図を添付ください)	分	土曜日の配達	1 可 2 不可
		日曜日の配達	1 可 2 不可
		祝日の配達	1 可 2 不可
運搬の方法	1 自社配送 2 委託配送 (委託先:) 温度管理に関する仕様 有・無 (無の場合の対応:)		
食材キャンセルの連絡期限	原則 _____ 日前の _____ 時までに電話・FAX連絡した場合に対応できる		
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