

病院給食用賄材料品
納入業者指定願書

平成 年 月 日

奈良県立奈良病院 院長 川口 正一郎 殿

住所

氏名

印

商号

電話番号

FAX番号

(法人にあつては、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の氏名)

奈良県立奈良病院における給食用賄材料品の納入業者として指定下さるよう
下記事項記載のうえ関係書類を添えて提出します。

記

1. 営業経歴（創業から現在まで）

2. 経営規模

イ. 資本額 千円
(法人の場合のみ)

ロ. 取引金融機関

銀行

支店

3. 事業所等の規模

名 称	構 造	1階床面積	延床面積
事 務 所		m ²	m ²
営 業 所		m ²	m ²
工 場		m ²	m ²
そ の 他		m ²	m ²

4. 代理店契約等（取引主要卸業者）

メーカー名及び所在地	代理店契約又は 特約店契約番号	左にかかる営業品目

5. 営業又は製造の許可・報告書・免許等の種類及び番号（写1部要添付）

許可・報告書・免許等の種類	左の番号

6. 販売実績（平成23年1月～12月）

主な販売先		金額（単位 千円）	備考
病院関係		千円	
		千円	
		千円	
		千円	
		千円	
その他		千円	
計（総販売額）		千円	

7. 従業員（総数 名）

氏名（本院と取引に従事する者）	年齢	担当業務（概要）	備考

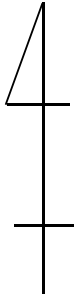
8. 配送能力 本院までの所要時間（標準 分）

車 輛 の 種 類	車 輛 番 号	運 転 者 氏 名

生鮮食品、冷凍食品取扱業においては配送時保冷温度を記入してください。

配送時保冷温度 度

9. 主たる事務所等の位置図



10. 会社等休業日の連絡先

電話番号 (方)