

(様式4)

会 社 概 要

項 目	内 容
商号又は名称	
本社所在地	所在地 電話番号
設立年月日 (病院給食業務の開始)	年 月 日 創立 (病院給食受託業務の開始 年 月 日)
資本金	
代表者氏名	
最寄りの支社	所在地 電話番号 代表者氏名
本件を担当する連絡責任者	所属 役職 氏名 電話
事業内容	
会社の沿革	
その他特記事項	