様式２

会　社　概　要　調　書

令和　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所(本社･本店) | 〒 |
| 会　社　名 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 資　本　金 | 万円 | 従業員数 | 人 |
| 主　な業務内容 |  | 認証等 | □プライバシーマーク□ISMS(ISO/IEC27001) |
| 設立年月日 | 　　　年　　月　　日 | ホームページＵＲＬ |  |
| 過去３年以内に「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づく保健指導の委託実績がありますか。（あり・なし　どちらかに○をつけてください） | あり・なし |

　◎本案件を担当する事業所・支社・支店等

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 〒※本社取扱いの場合は記入不要 |
| 名　　称 | ※本社取扱いの場合は記入不要 |
| 代表者職・氏名 | ※本社取扱いの場合は記入不要 |
| 従業員数 | 人※本社取扱いの場合は記入不要 |
| 担当部署名 |  |
| 保健指導部門管理者 | 職名･肩書 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |  |
|  |
| 担当者 | 連絡先 | 電話番号 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
|  |