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 |
|  |