

事業経歴等調査書

年 月 日

商号又は名称				
所在地				
代表者職氏名				
電話番号			常勤職員数	人
FAX				
会社の創業 年 月 日	年 月 日	内 訳	技術関係職員	人
			事務関係職員	人
会社の資本金	円		その他職員	人
取扱品目	取り扱っている装具すべてに○をしてください 義肢・骨格構造義肢・装具・姿勢保持装置・車椅子・電動車椅子・座位保持椅子 起立保持具・歩行器・頭部保持具・排便補助具・歩行補助杖（一本杖を除く。） 補聴器・盲人用安全杖・義眼・眼鏡・重度障害者意思伝達装置			
主な取引先 （病院） （市町村）	病院等			
	市町村名			
過去2年の 製造・販売等 の実績高 ※	取扱件数		販売高	
	年度 件		円	
	年度 件		円	
※ 実績高は、 契約する支店等の実績高である 会社全体の実績高である （いずれかに○をしてください）				

記入上の注意

調査書に記載された住所、連絡先に各種通知を送りますので、支店・支社、営業所、出張所等で取扱いを分ける場合は、支店、営業所毎に記入してください。