(様式２)

事　業　者　概　要　調　書

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 本社所在地 |  |
| 北陸３県（富山、石川、福井）内の支店等所在地 |  |
| 設立年月日 |  |
| 病院給食調理業務の受託開始年月日 |  |
| 従業員数 | 管理栄養士 | 栄養士 | 調理師 | その他 | 合計 |
|  | 正社員 | 県内 |  |  |  |  |  |
|  |  | 県外 |  |  |  |  |  |
|  |  | 小計 |  |  |  |  |  |
|  | パート | 県内 |  |  |  |  |  |
|  |  | 県外 |  |  |  |  |  |
|  |  | 小計 |  |  |  |  |  |
|  | 合　　計 |  |  |  |  |  |
| 過去３年間における食品衛生法に基づく営業停止処分の有無 | 有　・　無 |
| 賠償責任保険の内容※保険証券の写し添付 |  |