（様式２）

会　社　概　要

|  |  |
| --- | --- |
| 調査項目 | 回　　　　　　　答 |
| （１）会社名 |  |
| （２）代表者の職・氏名 |  |
| （３）所在地 | 本店 |  |
| 支店又は営業店 |  |
| （４）会社創設年 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| （５）資本金（自己資本比率） | 　　　　円（　　　　　　　　　　％） |
| （６）年間売上高（売上高対経常利益率） | 　　　　円（　　　　　　　　　　％） |
| （７）従業員数 | 全体 | 正社員　　　　　人・その他　　　　　人 |
| 支店又は営業店 | 正社員　　　　　人・その他　　　　　人 |
| （８）セキュリティ、個人情報に関する資格 | 番号　　　　　　　　　　・取得年月日 |
| （９）他の病院での業務実績※実績がある場合は、過去5年以内の国公立病院及びそれ以外の病院それぞれについて全て記載してください。（欄が不足する場合は別紙でも可） | 病院名 | 病床数 | 所在地 | 実績 |
|  |  |  | 　　年　　月～　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月～　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月～　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月～　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月～　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月～　　年　　月 |