（様式第４号）

**事業者の概要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業者** | 所在地 |  | |
| 事業者名 |  | |
| 電話番号 | （　　　　　）―　　　　　　― | |
| ＦＡＸ番号 | （　　　　　）―　　　　　　― | |
| 電子メールアドレス |  | |
| **代表者** | 住所 |  | |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| **役員** | 役職 | 氏名 | 生年月日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  | 年　　　月　　　日 |

**１．会社設立**　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

**２．資本金又は出資金**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

**３．従業員数**（令和６年（２０２４年）４月現在）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 総　数 |  | |
| うち栄養士数 | うち調理員数 |
| 常勤 | 人 | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 | 人 |
| 合　計 | 人 | 人 | 人 |

※栄養士と調理師免許が重複する場合は、主たる業務としての免許で記入してください。

**４．食中毒事故等の有無**

　　過去３年間で食品衛生に関して、行政処分を受けたことがありますか。

　　　　無　・　有　　処分年月日

　　　　　　　　　　　処分内容

**５．事業実績**

（１）売上高及び経常損益（過去３年間、千円未満切り捨て）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 売上高 | 経営利益 |
| 令和５年度  （２０２３年度） | 千円 | 千円 |
| 令和４年度  （２０２２年度） | 千円 | 千円 |
| 令和３年度  （２０２１年度） | 千円 | 千円 |

（２）契約事務所数・提供食数（令和６年（２０２４年）４月現在）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 件　数 | 食　数 | 備考（主な相手方） |
| 学校給食 | 件 | 食 |  |
| 保育園・幼稚園等給食 | 件 | 食 |  |
| 病院給食 | 件 | 食 |  |
| 社会福祉施設（児童発達支援事業を含む。）給食 | 件 | 食 |  |
| 産業給食 | 件 | 食 |  |
| その他 | 件 | 食 |  |
| 合　計 | 件 | 食 |  |

※食数は１日あたりの平均食数を記入してください。

（３）社会福祉施設給食業務の実績

（令和６年（２０２４年）４月現在）

　　（２）契約事務所数・提供食数で社会福祉施設における実績がある場合に記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設（事業）種別 | 施設所在地 | 契約先（法人） | 食数 |
|  |  |  | 食 |
|  |  |  | 食 |
|  |  |  | 食 |
|  |  |  | 食 |