

営 業 概 要 書

1 法人の概要

フリガナ			
商号又は名称			
設立年月	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月	営業年月計 ※設立年月から 申請日までの期間
現組織への変更年月	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月	
所在地	〔〒 - 〕		
電話番号	() -	FAX番号	() -

2 経営規模

年 度	資本金等	売 上 高	経常利益
前 年 度	千円	千円	千円
前々年度		千円	千円

3 従業員の状況

総従業員数と事務員数

総従業員数	人	事務員数	人
-------	---	------	---

障害者雇用の状況

※ 静岡県内に事業所を有している場合は記入してください。

県内で雇用している総従業員数 (A)	県内事業所で雇用している障害者の人数 (B)	県内事業所における障害者雇用の割合 (B / A × 100)
人	人	%

4 静岡県と取引する事業所

※ 本部以外の事業所（医療・検診施設等）に委任する場合には委任先についての内容を記載してください。その場合、委任状（様式第3号）の提出が必要になります。

事業所の概要（委任する場合のみ記入）

事業所の名称			
代表者の役職氏名			
開設年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日
所在地	〔〒 - 〕		
電話番号	() -	FAX番号	() -

技術者数

項目	人数	項目	人数
医師	人	管理栄養士	人
看護師	人	保健師	人
臨床検査技師	人		人
診療放射線技師	人		人
細胞検査士	人		人

※ 健康診断に係るその他の資格・認定を所有する職員がいる場合は空欄に記入してください。

検診車保有台数

車種	人数
胸部レントゲン車	台
	台
	台
	台
	台

* 複数の委任先に委任する場合には、委任先ごとにこのページを作成し提出してください。

5 過去の契約実績

- ※ 過去3年間に国、地方公共団体（静岡県除く）又は、2,000人以上の従業員がいる民間企業を対象とした健康診断受託実績がある場合に記入してください。
- ※ 契約が単価契約である場合には、契約金額は契約単価ではなく、総請求額を記載してください。

実績1

契 約 先	
契 約 年 月 日	平成 令和 年 月 日
名 称 又 は 内 容	
契 約 金 額	
備 考	

実績2

契 約 先	
契 約 年 月 日	平成 令和 年 月 日
名 称 又 は 内 容	
契 約 金 額	
備 考	

実績3

契 約 先	
契 約 年 月 日	平成 令和 年 月 日
名 称 又 は 内 容	
契 約 金 額	
備 考	

6 外部精度管理事業への参加状況

※ 本部以外の事業所（医療・検診施設等）に委任する場合には、その事業所についての内容を記載してください。

事業所の名称	
--------	--

精度管理事業名称	主催者	参加の有無	
		前年度	前々年度
日本医師会臨床検査精度管理調査	(公社)日本医師会		
全衛連臨床検査精度管理調査	(公社)全国労働衛生団体連合会		
静岡県臨床精度管理調査	静岡県・(一社)静岡県医師会・ (一社)静岡県臨床検査技師会		
その他			

※ 参加していると記載した事項については確認できる書類（各年度分）の写しを添付してください。

7 法令等に基づく資格の認証取得状況

資格の名称	取得年月日	番号等
	昭和・平成 令和 年 月 日	

※ 資格等の記載事項について確認できる許認可証等の写しを添付してください。

* 複数の委任先に委任する場合には、委任先ごとにこのページを作成し提出してください。