（第２号様式）

「新宿区国民健康保険事務センター業務委託に係るプロポーザル」

会　社　概　要

１　会社名等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1) | 会社名 |  |
| (2) | 本社所在地 |  |
| (3) | 代表者氏名 |  |
| (4) | 電話番号 | （FAX） |
| (5) | 設立年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| (6) | 資本金 |  |

２　新宿区を担当する営業所等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1) | 営業所の名称 |  |
| (2) | 営業所所在地 |  |
| (3) | 営業所代表者氏名 |  |
| (4) | 電話番号 | （FAX） |
| (5) | E‐MAIL |  |
| (6) | 担当氏名 |  |

３　社員数（令和５年３月末現在）

|  |  |
| --- | --- |
| 正規雇用 | 人 |
| 正規雇用以外 | 人 |

４　売上高（直近３年間　千円以下切り捨て）

|  |  |
| --- | --- |
| 令和３年度 | 千円 |
| 令和２年度 | 千円 |
| 令和元年度 | 千円 |

５　営業上の行政処分の有無　　　　　有　・　　無

有の場合は、行政処分の内容を以下にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 処分の内容 |
|  |  |