様式第２号

経　営　規　模　等　総　括　表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 審査値 | 格　付 |
| 区　分 | 新規 ・ 継続 |  |  |  |
|  |
| 区分 | 役務の提供 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ商号又は名称 |  | 代表者職氏名 |  |
|  |
| 住所又は所在地 | 〒 | 電話番号 |  |
|  | ＦＡＸ番号 |  |
| 主たる業の所在地 | 〒 | 電話番号 |  |
|  | ＦＡＸ番号 |  |
| 本申請の担当者 | 部署名 |  | 担当者名 |  | 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | FAX番号 |  |
| 希望する業務 | 役務の提供 |
| 希望する業種 |  |

**（単位：千円）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 平均生産額又は販売額 | 直前第２年度決算① | 直前第１年度決算② | 平均生産額（①＋②）/ ２ | 役務 |
|  |  |  |  |
| 自己資本額 | 資本金（元入金） |  |  |
| 純資産合計（次年度繰越純資本金額） |  |
| 職員数 | 技術関係職員 | 事務関係職員 | その他 | 計 |  |
| 人 | 人 | 人 | 人 |
| 流動比率 | 流動資産（　　　　　　）流動負債（　　　　　　） | ×１００＝ | ％ |  |
| 営業年数 | 創業日 | 現組織変更日 | 営業中断期間 | 通算年数 |  |
| 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月～　年　月 | 年 |
| 障害者雇用状況 | 障害者雇用状況報告義務　　　　有　・　無 |  |
| 法定雇用率達成　　有・無 | 雇用障害者数　　　　　人 |
| ＩＳＯ認証取得 | 有（ISO9001又はISO14001）　　　無 |  |
| 青森県健康経営事業所認定取得 | 有・無 | 「あおもり働き方改革推進企業」認証取得 | 有・無 |  |

注） 太枠の欄は記入しないでください。

 （裏面）

青森県と契約を希望する支店・営業所等一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  １ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  ２ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  ３ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  ４ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  ５ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  ６ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  ７ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  ８ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  ９ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  １０ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  １１ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  １２ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  １３ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  １４ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  １５ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |
|  １６ |  〒 |  電話番号 |  |
|
|  ＦＡＸ番号 |  |