（様式第2号）

会　社　概　要　書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 商号又は名称 |  |
| 設立年月日 |  |

１．本社

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所在地 | 〒 | | |
| 代表者職名 |  | 電話番号 |  |
| 代表者氏名 |  | ＦＡＸ |  |

２．支店等（契約締結権を支店等に委任する場合のみ記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支店等名称 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 支店長等職名 |  | 電話番号 |  |
| 支店長等氏名 |  | ＦＡＸ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 総従事者数（※） | 名　【うち社員（社保有）　　　　　名】 | |
| 総事業所数 | 事業所 | |
| 千葉県内の  事業所の有無 | 本社　　有　・　無 | 支社・支店・営業所等　有　・　無 |
| 資本金 |  | |
| 自己資本額 |  | |
| 事業内容 |  | |

（※）・社員（社保有）とは、社会保険（健康保険及び厚生年金保険）に加入し、雇用関係が１年以上継続すると見込まれる者をいう。

　　 ・総従事者数には、社員（社保有）のほか、社会保険の加入対象とならない社員や派遣契約、パート従業員等を含む。

３．応募に関する担当連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 部署・職名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  | | |