

様式5

会社概要

1 名 称 :

2 代表者氏名 :

3 所 在 地 住 所 :

TEL :

FAX :

URL :

4 資 本 金 :

5 設立年月日 : 年 月

6 従 業 員 数 全 従 業 員 数 : 名

担当部門従業員数 : 名

7 社会保険診療報酬支払基金の健診
・保健指導機関番号 :

※ この様式とは別に会社概要を記載したパンフレット等がある場合はあわせて添付する

日

こと。