

応募用フォーム

インボイス登録番号 T

作成日:西暦

年

月

日

(フリガナ)						
会 社 名						
(フリガナ)						
代表者氏名						
取引先住所	〒					
電話番号						
FAX番号						
担当者氏名						
担当者アドレス						
携帯番号						
従業員数						
業 種						
取 扱 品 目						
主要仕入先						
主要取引先						
建設業の種類						
許 可 番 号	許可 特 一 般 一				有効期間 (西暦)	自 年 月 日 至 年 月 日
種別	健康保険	厚生年金保険	雇用保険	労災保険	一人親方労災保険	退職金制度
記号 番号	・加入・未加入・適用除外	・加入・未加入・適用除外	・加入・未加入・適用除外	・加入・未加入・適用除外	・加入・未加入・適用除外	・加入・未加入・適用除外

※ 社会保険の加入・未加入・適用除外いずれかに○を付けて下さい。

最 近 の 施 工 例			
年 月 日	工 事 名	場 所	工 事 概 要

工事概要については、任意の書式に変更しても可