

第3号様式

営 業 経 歴 書 (平成 年 月 日現在)	
申 請 者	商号 (名称) 代表者の職・氏名
	所在地 電話
直接取引を希望する支店等 (申請者と同じの場合記入不要)	商号 (名称) 代表者の職・氏名
	所在地 電話

営 業 種 目	比 率
	%
	%
	%
	%

営 業 年 数	営業開始年月	営業年数	現組織へ変更した年月	現組織へ変更後の営業年数		
	年 月	年 月	年 月	年 月		
従 業 員 数	全従業員数	うち、取引希望支店等従業員数	日本マス・スクリニク学会認定技術者数	営業実績 直前の2営業年度の平均契約金額		
		人	人		人	百万円
主 要 取 引 実 績	直前の営業年度の契約実績			2営業年度前の契約実績		
	取引先	金 額	契約内容	取引先	金 額	契約内容
		百万円			百万円	

以下、法人のみ記入してください。

自己 資本額	払込資本額	百万円	特 年 年 記 月 月 事 日 日 か ま ら で 項	損	①売上高	百万円
	積立金			益	②売上原価	
	繰越金 (繰越欠損)			状	①-② (A) 売上総利益	
	準備金			況	③販売費及び一般管理費	
	計				(A)-③ (B) 営業利益	
					④営業外収(損)益	
				経 営 状 況		
				(総合) 売上高対営業利益率	(財務) 流 動 比 率	(販売) 売上高対総利益率
				%	%	%

過去3年以内の先天性代謝異常等検査業務の実績

取引先（電話番号）	金額	業務量等	業務内容（受託年月日）
()	百万円		(年 月 日)
()			(年 月 日)
()			(年 月 日)
()			(年 月 日)
()			(年 月 日)
()			(年 月 日)