（様式２）

**会　社　概　要　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 営業所（店舗）数 | 全　　数：  栃木県内： |
| 従業員数 | 正社員　：  パート等： |
| 事業実績  （病院内の出店実績の  主なものを記載してください） | 病院名（病床数）：  所在地：  店舗面積： |
| 病院名（病床数）：  所在地：  店舗面積： |

　※令和６年４月１日時点で記入してください。

　※フランチャイズ方式の加盟店として応募する場合、フランチャイズ本部企業および店舗運営者の会社概要書をそれぞれ作成の上、提出してください。なお、本部企業として応募する場合で店舗運営予定者がすでに決まっている場合もそれぞれ作成してください。