

(様式第 2 号)

事業者概要書

令和 年 月 日作成

本社又は 本部	事業者名			
	所在地			
	代表者名		設立年月日	
	電話番号		FAX 番号	
事業所 (上記と同様の 場合は省略可)	名称			
	所在地			
	代表者名		設立年月日	
	電話番号		FAX 番号	
沿 革				
理念・ 運営方針				
業務内容				
		開始時期	内容	
特定保健指導の主な実績	実績 仙 台 市 内 の	__年__月 ～		
		__年__月 ～		
	実績 仙 台 市 外 の	__年__月 ～		
		__年__月 ～		
その他の 保健事業 実績	__年__月 ～			
	__年__月 ～			
従業員数		人(令和7年3月1日)(内仙台市内事業者____人)		