

新規 変更 作成年月日 年 月 日

協力会社登録票

取扱注意

フリガナ		*取引先コード		作成者 職氏名		届出印	
会社名				印			
フリガナ							
代表者氏名							
電話番号		FAX番号					
所在地		〒					
主要な支店・営業所							
名称		所在地		電話番号			
建設業許可番号		国土交通大臣 般 第 号 年 月 日		許可年月日		知事 特	
許可を受けた業種							
その他許可登録等							
主要工事種目 主要取扱品目							
設立年月日		明治・大正・昭和・平成 年 月 日					
直近2ヶ年の 完成工事高又は売上高		年度 百万円		年度 百万円		資本金 (出資金) 百万円	
		年度 百万円		決算期日 毎年 月 日			
主要な受注先							
主要取引金融機関名							
支払条件		締切日		支払日		日	
貴社の主な協力業社名・仕入先							
名称		所在地		電話番号			
添付書類		<input type="checkbox"/> 経営事項審査結果通知書		<input type="checkbox"/> 会社案内		<input type="checkbox"/> 工事経歴書・実績証明書等	
(右記に該当する書類がありましたら添付をお願いします。)		<input type="checkbox"/> 建設業許可証(写)		<input type="checkbox"/> その他営業種目に関する許可証(写)		<input type="checkbox"/> その他()	

*金下建設記入欄

役員・従業員数		役員 人		技術者 人		作業員 人		事務員 人		外注作業員 人		計 人	
※ 免許取得等有資格者数													
免許資格名		人数		免許資格名		人数		免許資格名		人数			
※ 保有する主要工事用機械													
品名		規格		数量		品名		規格		数量			
※ 労務関係													
※ グリーンサイトの加入の有無		<input type="checkbox"/> 加入済		<input type="checkbox"/> 未加入									
※ 労災保険		<input type="checkbox"/> 加入済		<input type="checkbox"/> 未加入		保険番号							
※ 雇用保険		<input type="checkbox"/> 加入済		<input type="checkbox"/> 未加入		保険番号							
※ 退職金制度		中小企業退職金共済(中退共)		<input type="checkbox"/> 加入済		<input type="checkbox"/> 未加入		保険番号					
		建設業退職金共済(建退共)		<input type="checkbox"/> 加入済		<input type="checkbox"/> 未加入		保険番号					
		自社退職金制度		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無							
※ 健康保険		<input type="checkbox"/> 加入済		<input type="checkbox"/> 未加入		事業所番号							
※ 年金保険		<input type="checkbox"/> 加入済		<input type="checkbox"/> 未加入		事業所番号							
※ 出勤簿		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		賃金台帳		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		賃金台帳受領印		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
※ 労働者名簿		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		就業規則		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		雇用通知書等の交付		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
※ 雇用時健康診断		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		定期健康診断		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		新規雇入時教育		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
※ 労災保険特別加入者名		氏名		日額		円							
※ 会社加入の自動車任意保険		自動車		対人 万円		対物 万円		搭乗 万円					
		重機		対人 万円		対物 万円		搭乗 万円					
※ 労災上積保険		<input type="checkbox"/> 加入済		加入済の場合		死亡 万円		後遺障害		級から 級まで		万円から 万円まで	
		<input type="checkbox"/> 未加入											
※ 総括安全衛生管理者		選任済		未済		不要		氏名					
※ 安全管理者		選任済		未済		不要		氏名					
※ 衛生管理者		選任済		未済		不要		氏名					
※ 安全衛生推進者		選任済		未済		不要		氏名					
※ 産業医		選任済		未済		不要		氏名					
※ 雇用管理責任者		選任済		未済		不要		氏名					

上記欄に記入できなかった部分があれば適宜追加してください。
※資材等その他物品のみ取引する協力会社の場合は記入不要