

■寝屋川市に登録する事業所情報	
本店・支店の区分	支店・営業所等での登録 <input type="checkbox"/> ※いずれか選択
フリガナ	オオサカマルマルシヨウジ ※全角カタカナ。株式会社等の法人組織名のフリガナは省略 ※全角。(株)(有)等は使用不可。商号と支店名
商号又は名称	大阪〇〇商事株式会社 寝屋川支店 ※全角。(株)(有)等は使用不可。商号と支店名
郵便番号	572-8555 ※半角数字。(ハイフン)も入力
所在地(地番・方書含む)	寝屋川市本町1番1号 ※全角。英数字、カタカナについても全て全角
代表者職名及び氏名	支店長 寝屋川 元気 ※全角。職名と氏名の間に1文字空ける。姓と名
電話番号	072-825-2594 ※半角数字。(ハイフン)も入力。【例】072-824-1181
FAX番号	072-825-2094 ※半角数字
メールアドレス	neyagawa@osaka.co.jp
メールアドレス(再入力)	neyagawa@osaka.co.jp

【フリガナ】
商号のフリガナのみ入力してください。
(法人組織名(株式会社等)のフリガナは省略してください。)
促音(「っ」)及びよう音(「ゃ」「ゅ」「ょ」)も全て大文字で記入してください。

【商号又は名称】
支店名等がある場合は、支店名の前に全角1文字空けてください。

【所在地】
番地表記を他書類と統一してください。
大阪府内の場合は、「大阪府」は省略してください。

【代表者職名及び氏名】
例のように、職名と氏名の間は全角1文字空け、姓と名前の間も全角1文字空けてください。
個人の場合は、氏名の前に「代表者」と入力してください。
(例) 代表者 寝屋川 四郎

■本社・本店情報(本社・本店等で登録の場合は入力不要)	
郵便番号	572-0000 ※半角数字。(ハイフン)も入力。【例】572-8555
所在地(地番・方書含む)	大阪市〇〇区〇丁目 ※全角。英数字、カタカナについても全て全角
代表者職名及び氏名	代表取締役 寝屋川 太郎 ※全角。職名と氏名の間に1文字空ける。姓と名
電話番号	06-0000-0000 ※半角数字。(ハイフン)も入力。【例】072-824-1181
FAX番号	06-0000-0000 ※半角数字
メールアドレス	osaka@osaka.co.jp
メールアドレス(再入力)	osaka@osaka.co.jp

【本店・支店の区分】が「支店・営業所等での登録の場合」、本社・本店情報を入力してください。
※本社・本店等で登録の場合は空白となります。

【所在地】
番地表記を他書類と統一してください。
大阪府内の場合は、「大阪府」は省略してください。

【代表者職名及び氏名】
例のように、職名と氏名の間は全角1文字空け、姓と名前の間も全角1文字空けてください。

営業年数	25 年 ※半角数字	【営業年数】 一年未満の端数は切り捨ててください。
自己資本金	80000 千円	【資本金】 申請日の直前の決算による額を入力してください。 千円未満は切り捨ててください。 「個人」の場合は、「0」を入力してください。
自己資本額	600000 千円	
常勤職員の数	01 人	【自己資本額】 貸借対照表の純資産合計と一致した額を入力してください。
全社	01 人 ※半角数字	
所在地区分	進市内(寝屋川市内に支店・営業所等のある業者)	【常勤職員の数】 申請日直前の営業年度の終了日において常時雇用している従業員の数を記入してください。

【所在地区分】
市内 = 寝屋川市内にある本店で登録する業者
準市内 = 寝屋川市内にある支店・営業所等で登録する業者
府内 = 寝屋川市外で大阪府内にある本店、支店・営業所等で登録する業者
府外 = 寝屋川市外で大阪府外にある本店、支店・営業所等で登録する業者

■ISO関係	
ISO9001(品質)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ※いずれか選択
登録日	平成 10 年 10 月 10 日 ※半角数字
有効期限	令和 06 年 01 月 31 日 ※半角数字
ISO14001(環境)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ※いずれか選択
登録日	平成 10 年 10 月 10 日 ※半角数字
有効期限	令和 06 年 01 月 31 日 ※半角数字
ISO27001(情報)	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 ※いずれか選択
登録日	年 月 日 ※半角数字
有効期限	年 月 日 ※半角数字
プライバシーマーク	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ※いずれか選択
有効期限より	令和 04 年 09 月 10 日 ※半角数字
有効期限まで	令和 06 年 09 月 09 日 ※半角数字

【ISO】登録日
ISOを最初に取得した日(登録日)を入力してください。
【ISO】有効期限
現在有効な登録期間の終了日を入力してください。

【プライバシーマーク】
現在有効な登録期間の開始日と終了日を入力してください。

■事業者規模

事業者規模 ※いずれか選択

■業態

業態 ※いずれか選択

【中小企業の範囲】
右記条件に当てはまる場合は中小企業、右記条件以上の場合は大企業となります。
※個人で登録の場合も右記条件に当てはまる場合は中小企業となります。
※社会福祉法人、医療法人、特定非営利活動法人、一般社団・財団法人、公益社団・財団法人等、大企業にも中小企業にも当てはまらない場合のみ「その他」を選択してください。

業種	法人の場合		個人の場合
	資本・出資額	常時従業員	常時従業員
1 製造業、建設業、運輸業、その他業種	3億円以下	又は 300人以下	300人以下
2 卸売業	1億円以下	又は 100人以下	100人以下
3 小売業	5千万円以下	又は 50人以下	50人以下
4 サービス業	5千万円以下	又は 100人以下	100人以下
5 ゴム製造業	3億円以下	又は 900人以下	900人以下
6 ソフトウェア業又は情報処理サービス業	3億円以下	又は 300人以下	300人以下
7 旅館業	5千万円以下	又は 200人以下	200人以下

■営業担当連絡先

営業担当者 ※全角。連絡先と担当者の間は1文字空ける。姓と名前の間は1文字空ける。
 営業担当者電話番号 ※半角数字。-(ハイフン)も入力。【例】072-824-1161
 営業担当者FAX番号 ※半角数字。-(ハイフン)も入力。【例】072-825-2094
 営業担当者メールアドレス ※半角英数字
 メールアドレス(再入力) ※半角英数字

【連絡先】
今後寝屋川市が連絡する際に窓口となる担当部署、担当者、連絡先を入力してください。
(行政書士等の連絡先は不可)

■登録を希望する業種

	委託第1希望	委託第2希望	委託第3希望
業種(大分類)	<input type="text" value="その他代行"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
業種(小分類)	<input type="text" value="その他"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
主な業務・主要取扱製品	<input type="text" value="病院内医療用具の管理"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
備考・主な取扱メーカー	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
業種(大分類)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
業種(小分類)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
主な業務・主要取扱製品	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
備考・主な取扱メーカー	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
業種(大分類)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
業種(小分類)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
主な業務・主要取扱製品	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
備考・主な取扱メーカー	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
業種(大分類)	<input type="text"/>	物品印刷第1希望	物品印刷第2希望
業種(小分類)	<input type="text"/>	<input type="text" value="医薬・医療関係"/>	<input type="text" value="医薬・医療関係"/>
主な業務・主要取扱製品	<input type="text"/>	<input type="text" value="医薬品 検査試薬 等"/>	<input type="text" value="医療用具・衛生材料"/>
備考・主な取扱メーカー	<input type="text"/>	<input type="text" value="〇〇株式会社"/>	<input type="text" value="〇〇株式会社"/>
業種(大分類)	医薬・医療関係	物品印刷第3希望	物品印刷第4希望
業種(小分類)	<input type="text" value="医療機器"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
主な業務・主要取扱製品	<input type="text" value="MRI装置"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
備考・主な取扱メーカー	<input type="text" value="〇〇株式会社"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
業種(大分類)	<input type="text"/>	物品印刷第5希望	物品印刷第6希望
業種(小分類)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
主な業務・主要取扱製品	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
備考・主な取扱メーカー	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
業種(大分類)	<input type="text"/>	物品印刷第7希望	物品印刷第8希望
業種(小分類)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
主な業務・主要取扱製品	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
備考・主な取扱メーカー	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
業種(大分類)	<input type="text"/>	物品印刷第9希望	物品印刷第10希望
業種(小分類)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
主な業務・主要取扱製品	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
備考・主な取扱メーカー	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

【備考・主な取扱メーカー】
「業態」で卸売業又は小売業を選択された場合は、必ず主な取扱メーカーを入力してください。

※委託の場合は、主な業務と備考を入力。物品の場合は、主要取扱製品と主な取扱メーカーを入力してください。

※各項目を入力して【提出内容確認】ボタンをクリックしてください。
 ※前の画面に戻る場合は【戻る】ボタンをクリックしてください。ただし、入力した内容は登録されません。

「提出内容確認」ボタンをクリックし、入力内容を確認後、「登録」ボタンを押下して、入力内容を印刷してください。