

業者コード

株式会社鎌田配管工事店 御中

担当:

※鎌田配管担当者名を記入して下さい

## 新規取引確認書

記入日	(西暦) 年 月 日	太枠内のみ記入をお願いします。	
フリガナ			
会社名			
本社住所	〒 —		
電話番号		FAX	
代表者氏名		年商	円
設立年月日	(西暦) 年 月 日	資本金	円
決算月	月 日 決算	従業員	名
フリガナ			
支店/営業所名			
支店/営業所住所	〒 —		
電話番号		FAX	
担当者名		携帯電話	
メールアドレス			

業 種		適格請求書発行事業者登録番号	〒
業務内容		建退共加入状況	加入 ・ 未加入
建設業許可業種名		許可番号	
			許可年月日
			年 月 日
			年 月 日

\*建設業許可証のコピーを添付してください。

労災保険	労 災 保 険	<input type="checkbox"/> 加入 (保険番号 )	<input type="checkbox"/> 未加入
	労災特別加入	事業主	<input type="checkbox"/> 加入 (保険番号 ) <input type="checkbox"/> 未加入
		一人親方	<input type="checkbox"/> 加入 (保険番号 ) <input type="checkbox"/> 未加入
	労災上乗せ保険(民間)	<input type="checkbox"/> 加入 (証券番号 ) <input type="checkbox"/> 未加入 (保険会社名 )	
社会保険	健康保険(法人番号)	<input type="checkbox"/> 加入 (保険番号 )	<input type="checkbox"/> 未加入
	厚生年金保険(法人番号)	<input type="checkbox"/> 加入 (保険番号 )	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 適用除外
	雇用保険(事業所番号)	<input type="checkbox"/> 加入 (保険番号 )	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 適用除外
賠償責任保険		<input type="checkbox"/> 加入 (保険会社名 ) (証券番号 )	<input type="checkbox"/> 未加入
振込口座情報	<input type="checkbox"/> 座名	銀行・信用金庫	支店名
	<input type="checkbox"/> 座種類	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ		
	<input type="checkbox"/> 座名義		

※弊社記入欄

[備考]

経理	総務	マネージャー	初回担当者