

【協力業者面接表】

年 月 日

※	事業内容			
①	フリガナ 事業者名(法人・個人)			
②	フリガナ 代表者氏名			
③	住所	〒		
④	電話番号			
⑤	FAX番号			
⑥	担当者名			
⑦	担当者連絡先(携帯)			
⑧	建設業許可	有 ・ 無	許可業種	
⑨	賠償保険	加入 ・ 未加入	保険会社	
⑩	売上高(直近)			
⑪	健康診断の実施状況	年1回	実施 ・ 未実施	
⑫	特殊健康診断の実施状況	半年に1回	実施 ・ 未実施	
⑬	従業員数・協力会社数			
⑭		社会保険加入状況【従業員5人以上】		社会保険加入状況【従業員5人未満】
	健康保険	健康保険(協会けんぽ等) 建設国保(土建等) ・ 他()		健康保険(協会けんぽ等) 建設国保(土建等) ・ 他()
	年金保険	厚生年金 ・ 未加入 ・ 適用除外		国民年金 ・ 未加入 ・ 適用除外
	雇用保険	加入 ・ 未加入 ・ 適用除外		加入 ・ 未加入 ・ 適用除外
	労災特別加入制度	加入 ・ 未加入		加入 ・ 未加入
⑮	主な取引先・元請け			