

D-U-N-S Number リクエストフォーム

Fax to: 03-5221-0712

貴社名: _____

部署名/役職名: _____ ご申請者名: _____

TEL: _____ FAX: _____

EMAIL: _____

■ 下記の項目に貴社情報をご記入ください。

(フリガナ)
正式会社名称: _____

英文商号: _____

現住所: 〒 _____

TEL(代表): _____ FAX(代表): _____

設立年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 資本金: _____ 千円

従業員数: _____ 名 年商: _____ 千円 決算月: _____ 月

(フリガナ)
代表者氏名: _____ 代表者英語表記: _____

業務内容: _____

本社/支社店区分: (該当区分にチェック) 本社 支社店

本社住所(今回の対象が支社店の場合のみ必須): 〒 _____

(上記続き) _____

親会社の有無: (50%超の株式を所有する親会社の有無) 親会社あり 親会社なし

親会社名(親会社ありの場合のみ必須): _____

親会社住所: 〒 _____

(上記続き) _____

契約先または入札先の在日米軍基地担当部署: _____ 基地 _____ 課 _____

上記部署の連絡先: (TEL) _____ (FAX) _____ (EMAIL) _____