

会員登録票(譲渡をお考えの方)

受付番号： J - _____

受付年月日 令和 年 月 日

※ 太内の項目に記入してください。□は該当するものにチェック(☑)して下さい。

申請月日： 令和 年 月 日

基 本 情 報	氏名	ふりがな (姓) _____ (名) _____	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)		
	医院名			
	電話番号	ご都合のよい連絡方法を選んで、番号を記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		
	メールアドレス	_____ @ _____		
施 設 情 報	施設所在地	〒 _____ - _____ 市・町・村 大字 字 番地		
	診療科目	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 科 <input type="checkbox"/> 現在閉院		
	開設年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (開設後 年)		
	開設主体	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 医療法人(出資持分あり) <input type="checkbox"/> 医療法人(出資持分なし) <input type="checkbox"/> その他		
	患者数(一日平均)	<input type="checkbox"/> 入院 人 <input type="checkbox"/> 外来 人 <input type="checkbox"/> 在宅 人		
	土地・建物の面積	土地 _____ m ² 建物 1階 _____ m ² 、2階 _____ m ² 、計 _____ m ²		
	医療設備	(主な診断用機器、治療用機器)		
施設の特徴	立地環境、交通アクセス[主要都市までの時間、空港までの時間、最寄り駅等]、駐車場台数など、貴施設のセールスポイントをご記入ください。			
承 継 条 件	譲渡・賃貸の別	<input type="checkbox"/> 譲渡 <input type="checkbox"/> 賃貸		
	譲渡対象資産	<input type="checkbox"/> 不動産 (土地・建物) <input type="checkbox"/> 医療設備 <input type="checkbox"/> 営業権		
	譲渡時期	<input type="checkbox"/> 6ヵ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 3年以内 <input type="checkbox"/> 時期未定		
	スタッフ継続の有無	(有りの場合) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 看護師 名、その他 名、事務 名		
サイト公開の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

(注) 本票にご記入いただいた個人情報は、個人情報保護方針に基づき厳正に取り扱うとともに、医業承継以外で使用することはありません。