

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ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 1年内	<input type="checkbox"/> 3年内	<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。