

お申込み締め切り日 令和3年 10月25日(月)

FAX: 018-800-8036

秋田県医師会地域医療総合調査室あて
※番号はお間違えのないようご確認願います。

医業承継セミナーのお申込み 14:00~15:50

に✓印をご記入ください 同伴者の有無 同伴者の氏名 続柄

参加 不参加 有 無

個別相談のお申込み 16:00~17:00

に✓印をご記入ください 同伴者の有無 同伴者の氏名 続柄

希望する 有 無

※個別相談をご希望の方は、ご相談項目のに✓印し、「相談内容」をご記入ください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 医業承継の進め方について | <input type="checkbox"/> 承継時の税金について |
| <input type="checkbox"/> 承継後のライフプランを見据えたポイントについて | <input type="checkbox"/> スタッフ・患者の引継ぎのポイントについて |
| <input type="checkbox"/> 譲渡価格決定までのポイントについて | <input type="checkbox"/> 医院不動産の活用について |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

相談内容	
------	--

※個別相談は、1人あたり30分を目途に先着順に時間を調整いたします。当日ご来場できない方や時間が合わない方については、別途日程調整をいたしますのでご相談ください。

※開催日およそ1週間前になりましたら、個別相談予約票をお送り致しますので、当日受付にてご提示ください。

セミナー・個別相談のお申込者はご記入ください。

フリガナ	
氏名 (必須)	
医院名 (必須)	
自宅住所 (必須)	〒 - (こちらの住所に個別相談予約票をお送り致します。また、ご都合が悪い場合はご連絡ください。)
お電話 (必須)	- - FAX - -
E-mail	@

個人情報の取り扱いについて

※本申込書にご記入いただいたお申込人様の個人情報は、本セミナーに関する業務にのみ利用します。

※秋田県医師会における個人情報の利用目的は以下のとおりです。

- ①本セミナーに関連する業務(お申込みの確認等) ②本セミナーに関連する秋田県医師会による医業承継サービスのご提供 ③上記各目的に付帯する事項

※個人情報に関する開示・訂正・削除及び利用停止につきましては表面のお問い合わせ先までご連絡ください。

お申し込み方法

上記必要事項をご記入のうえ、
FAXにて秋田県医師会あてへ
直接お申込みください。

なお、FAX以外にも右記のTELまたはE-mailでの
お申し込みも可能です。



TEL: 018-833-7401(代)

または 080-3595-9560

秋田県医師会 医業承継担当【受付/9:00~17:30(月~金)】

E-mail: chousa.002@gmail.com

「医業承継セミナー参加希望」というタイトルで
上記必須項目をご連絡ください。
個別相談会に参加希望の方は、その旨と
「相談内容」も明記してください。