※サイトに公開する項目については別途ご相談の上掲載いたします。

【様式1】

受付番号：

医業承継会員登録票（譲渡をお考えの方）

受付年月日：令和　　年　月　日

※太線内の項目に記入して下さい。□は該当するものに✓を入れて下さい。

申請年月日：令和　　年　　月　　日

個人情報	氏名	ふりがな （姓）	（名）	性別	□ 男 □ 女
	生年月日	□ 西暦 □ 昭和 □ 平成 □ 令和　　年　　月　　日生（　　歳）			
	電話番号 ※ご都合のよい連絡先	□ 勤務先 （　　－　　－　　） □ 自宅 （　　－　　－　　） □ 携帯 （　　－　　－　　）			
	メールアドレス				
	希望する連絡方法	□ 電話　　□ メール			
	連絡の取りやすい時間	□ いつでも　　□ 特定の曜日と時間（　　）			
物件情報	診療所名				
	施設所在地	（〒　　－　　） 滋賀県			
	診療科目				
	開設年	□ 西暦 □ 昭和 □ 平成 □ 令和　　年 （開設後　　年）			
	開設主体	□ 個人　□ 医療法人（出資持分あり）　□ 医療法人（出資持分なし）　□ その他			
	患者数（一日平均） ※任意	□ 入院　　人　□ 外来　　人　□ 在宅　　人			
	物件形状	□ 戸建て　□ ビルテナント　□ その他（　　）			
	物件階数	□ 平屋　□ 二階建て　□ 〔　　〕階部分　□ その他（　　）			
	土地・建物の面積 ※任意	土地：　　㎡	延床面積：　　㎡		
	駐車スペース	台			
	施設の特徴 ※任意	立地環境、交通アクセス（最寄り駅、駐車場など）、施設設備など、貴施設のセールスポイントをご記入ください。			
譲渡条件	譲渡・賃貸の別	□ 譲渡　□ 賃貸　□ 未定			
	譲渡対象資産	□ 営業権　□ 不動産（土地・建物）　□ 医療機器　□ 未定			
	賃貸対象資産	□ 不動産（土地・建物）　□ その他　□ 未定			
	譲渡時期	□ 6か月以内　□ 1年以内　□ 3年以内　□ 時期未定			
	スタッフ継続の有無	□ 有　（看護師　　名、事務　　名、その他　　名） □ 無　□ 未定			
サイト公開の有無		□ 有　□ 無			

□ 個人情報保護方針および利用規約に同意します。

(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。