

鳥取県医師会 医業承継相談申込書（A：開業医用）

令和 年 月 日

フリガナ		所属地区医師会
申込者氏名	(男 ・ 女)	<input type="checkbox"/> 東部 <input type="checkbox"/> 中部 <input type="checkbox"/> 西部
生年月日	(昭和 ・ 平成) 年 月 日	歳
自宅住所	郵便番号 (-)	自宅電話
	メールアドレス:	携帯電話
医療機関名	[無床 ・ 有床 床] [個人 ・ 法人]	診療科目
所在地	郵便番号 (-)	固定電話
		ファクシミリ
建物の状況	(昭和 ・ 平成) 年竣工 (年経過)	<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建
面積	土地 m ² / 建物 m ²	駐車台数 台
譲渡の事由	<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 後継者がいない <input type="checkbox"/> その他 ()	
患者数等	・ 1日あたり約 名 ・ 年齢層 ⇒ <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 壮年 <input type="checkbox"/> 若年	
職員の状況	・ 正看護師 名 ・ 准看護師 名 ・ 事務員 名 ・ その他 名(職種)	
譲渡の希望等	・ 譲渡希望日: <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 相談による <input type="checkbox"/> 令和 年 月以降 ・ 譲渡の形態: <input type="checkbox"/> 譲渡(約 万円) <input type="checkbox"/> 賃貸(月額 万円) ・ 現職員の雇用: <input type="checkbox"/> 継続雇用(全員又は一部) <input type="checkbox"/> なし	
その他 (自由記載)		

※医師会 使用欄	・ 受付日	・ 処理
-------------	-------	------