

譲渡案件 登録票

受付日	年 月 日	受付番号	J-	受付者	
-----	-------	------	----	-----	--

※太枠内をご記入ください(□は該当に✓してください)。

(必須) 医療機関名					
(必須) 医療機関所在地 *一般公開:エリア表示	〒 -				
(必須) 医療機関 電話番号	-		-		
(必須) 医療機関 FAX番号	-		-		
(必須) 標榜科 *一般公開 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 <input type="checkbox"/> 血液内科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 感染症内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 循環器外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 気管食道外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 肛門外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 病理診断科 <input type="checkbox"/> 臨床検査科 <input type="checkbox"/> 救急科 <input type="checkbox"/> 臨床研修医 <input type="checkbox"/> 全科 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> 現在閉院 *限定公開
開設年月日	(西暦)	年	月	日	病床数 床
(必須) 開設主体 *一般公開	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 医療法人(持分あり) <input type="checkbox"/> 医療法人(持分なし) <input type="checkbox"/> その他				
外来患者数 (一週間平均)	人	在宅診療 (実施の有無)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
土地・建物の面積	土地	m ²	建物1階	m ²	建物2階以上 m ²
医療設備	主な保有の診断用機器、治療機器をご記入ください。				
(必須) 施設の特徴 *限定公開	立地や交通アクセス、駐車台数などのセールスポイントをご記入ください。				
(必須) 譲渡対象 *限定公開	<input type="checkbox"/> 不動産(土地・建物) <input type="checkbox"/> 医療設備 <input type="checkbox"/> その他()				
(必須) 譲渡希望時期 *限定公開	<input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1~3年程度 <input type="checkbox"/> 3年以上先 <input type="checkbox"/> 未定				
スタッフの継続	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	スタッフ継続 「有」の場合	看護師	名	事務 名 その他 名
(必須) サイトでの公開	<input type="checkbox"/> 可(一般公開・限定公開) <input type="checkbox"/> 不可				

(注)本票にご記入いただいた個人情報、個人情報保護関係法令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。

*一般公開 … どなたでも閲覧可

*限定公開 … 承継希望医として登録完了された者のみ閲覧可