

利用者登録の概要

譲渡希望医様
利用者登録 ▶

① 基本情報 登録



事務局による確認・承認



② 譲渡案件・希望条件 登録



事務局による確認・承認



③ 利用(募集) 開始

承継希望医様
利用者登録 ▶

① 基本情報・希望条件 登録



事務局による確認・承認



② 利用(閲覧) 開始

「譲渡希望医」の登録方法

「承継希望医」の登録は、10ページにお進みください。

譲渡希望医（①基本情報 登録）



譲渡希望医様のご登録お申込み

以下の利用規約及びプライバシーポリシーを必ずご一読の上、下記チェックボックスにチェックを入れてください。
※同意チェックしていただかない場合、利用者登録へ進むことはできません。

ご利用規約

プライバシーポリシー

同意にチェック



プライバシーポリシー及び利用規約について同意します。

Webからのお申込み
登録フォーム

郵送・FAXでのお申込み
登録用紙ダウンロード

お申込方法を「Web」「郵送・FAX」からお選びください。

<基本情報 登録項目>

「*」は必須項目

- ① メールアドレス *
- ② パスワード *
- ③ 氏名（ふりがな） *
- ④ 性別 *
- ⑤ 生年月日 *
- ⑥ 連絡先（電話番号）
- ⑦ 医籍登録年月日・番号 *

譲渡希望医（①基本情報 登録）

<基本情報 登録項目>



「利用者登録申請」をクリック

Web申込時のサイト画面

利用者登録の申請を承りました。
内容に問題が無い場合、申請の承認を知らせるメールをお送りいたします。
詳しくは受付メールをご確認ください。



事務局による確認後、登録されたメールアドレスに承認のメールが送信されます。

承認メール

①基本情報登録完了

山形県医師会医業承継マッチングサイト

利用者登録いただきありがとうございます。あなたのアカウントは承認されました。

ログインして確認

※本メールにお心あたりがない場合、お手数ですがこのメールに返信する形でご連絡ください。

「マイページ」へ
(②譲渡案件・希望条件 登録)

譲渡希望医（②譲渡案件・希望条件 登録）

マイページ



譲渡案件登録・編集

未登録：登録を行ってください



②譲渡案件
登録完了

事務局による登録内容の確認・承認



③利用(募集)開始

＜譲渡案件 登録項目＞

「*」は必須項目

- ① 医療機関情報(名称・所在地 等) *
- ② 標榜科(複数選択) *
- ③ 診療状況(開院・閉院)
- ④ 開設年月日
- ⑤ 病床数
- ⑥ 開設主体(個人・医療法人) *
- ⑦ 外来患者数(一週間平均)
- ⑧ 在宅診療(実施の有無)
- ⑨ 土地・建物面積(m²)
- ⑩ 医療設備
- ⑪ 施設の特徴 *
- ⑫ 譲渡対象(不動産・医療設備・その他) *
- ⑬ 譲渡希望時期 *
- ⑭ スタッフ継続の有無
- ⑮ サイト上での情報公開(公開・非公開) *₆

譲渡案件の「公開」「非公開」について

「公開」「非公開」のいずれかを選択いただきます。

譲渡案件 登録項目⑮で「公開」を選択した場合

誰でも閲覧できる情報

エ	リ	ア	置賜地域	
診	療	科	目	内科
開	設	主	体	個人

サイト利用者(承継希望医)のみ閲覧できる情報

エ	リ	ア	置賜地域			
診	療	科	目	内科		
診	療	状	況	開院中		
開	設	主	体	個人		
施	設	の	特	徴	クリニックは築20年。 ●●機器を保有。 ●●駅より車で10分。 駐車場は20台。	
譲	渡	対	象	不動産（土地・建物）／医療設備／その他（●●）		
譲	渡	希	望	時	期	1年以内

譲渡案件 登録項目⑮で「非公開」を選択した場合

サイトに公開される情報はありません。

「承継希望医」の登録方法

承継希望医（①基本情報・希望条件 登録）

※承継希望医の基本情報・希望条件は公開されません。



承継希望医様のご登録お申込み

以下の利用規約及びプライバシーポリシーを必ずご一読の上、下記チェックボックスにチェックを入れてください。
※同意チェックしていただかない場合、利用者登録へ進むことはできません。

[ご利用規約](#) [プライバシーポリシー](#)

同意にチェック

☒ プライバシーポリシー及び利用規約について同意します。

[Webからのお申込み
登録フォーム](#) [郵送・FAXでのお申込み
登録用紙ダウンロード](#)

お申込方法を「Web」「郵送・FAX」からお選びください。

<登録項目>

「*」は必須項目

- ① メールアドレス *
- ② パスワード *
- ③ 氏名(ふりがな) *
- ④ 性別 *
- ⑤ 生年月日 *
- ⑥ 勤務先情報
- ⑦ 連絡先(電話番号)
- ⑧ 出身大学(職歴)
- ⑨ 医籍登録年月日・番号 *
- ⑩ 希望条件(診療科・地域・時期) *

承継希望医（①基本情報・希望条件 登録）

※承継希望医の基本情報・希望条件は公開されません。

＜譲渡案件 登録項目＞



「利用者登録申請」をクリック

Web申込時のサイト画面

利用者登録の申請を承りました。
内容に問題が無い場合、申請の承認を知らせるメールをお送りいたします。
詳しくは受付メールをご確認ください。



事務局による確認後、登録されたメールアドレスに承認のメールが送信されます。

承継希望医（①基本情報・希望条件 登録）

※承継希望医の基本情報・希望条件は公開されません。

承認メール

①基本情報・希望条件 登録完了

山形県医師会医業承継マッチングサイト

利用者登録いただきありがとうございます。あなたのアカウントは承認されました。

ログインして確認

※本メールにお心あたりがない場合、お手数ですがこのメールに返信する形でご連絡ください。

②利用(閲覧)開始

山形県医師会 医業承継マッチングサイト



医業承継をご検討中の方はご登録をお願いします

