

医療施設承継(売却・賃貸)募集登録票

新潟県医師会 ドクターバンク 無料職業紹介所

依頼者氏名		
住所	〒	
連絡先電話番号		
医療施設の所在地	〒	
施設名	(会報・ホームページには掲載しません)	
診療科(廃院前または現在)		
医療施設の状況	土地 敷地面積 _____m ² 建物 _____階建て 築 _____年 ※診療室以外の部屋などの状況を可能な範囲で記載してください。	
主な設備等	※医療機器のほか、レセコンや電子カルテなど使用可能な機器等があれば併せて記載してください。	
駐車場の有無 (いずれかに○)	有 (有の場合 _____台)	無
売却・賃貸の希望 (いずれかに○)	売却	賃貸
その他	※閉院時期などのほか、特記すべき事由があれば記載してください。	
事務局使用欄	受付日	令和 年 月 日
	受付番号	