

FAX送付

F A X 0 4 5 - 3 1 7 - 8 0 6 7

開業・継承物件 広告 申込書

お申込日	平成 年 月 日	ご希望の掲載開始日	平成 年 月 日
写真・図面の掲載	要・不要 (ご希望の方は、郵送かメールにてお送りください。)		
掲載物件名			

掲載形態	<input type="checkbox"/> 新規物件	<input type="checkbox"/> 継承物件
------	-------------------------------	-------------------------------

掲載期間	<input type="checkbox"/> 3ヶ月	<input type="checkbox"/> 6ヶ月	<input type="checkbox"/> 12ヶ月	延長3ヶ月毎
料金(税抜)	50000円	70000円	120000円	30000円

フリガナ			
氏名(社名)			印
ご担当者名			
ご住所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			

●原則上記宛先にて契約書・請求書を送付させていただきますが、異なる送付先・ご連絡先等ございましたら下記にご記入下さい。

ご請求先名義：

ご送付先：

ご連絡先：



有限会社 メディカルワーク

担当：物件広告係

〒220-0023

神奈川県横浜市西区平沼1-26-6

遠山ビル101号

TEL 045-317-8066

FAX 045-317-8067

e-mail yokohama@medical-work21.com

新規開業希望物件登録票

名称						
住所	〒					
物件形態	○ 一戸建て ○ ビルテナント					
建物構造	○鉄筋コンクリート ○鉄骨鉄筋コンクリート ○重量鉄骨造り ○軽量鉄骨造り ○木造 ○その他					
築年月日						
賃貸条件	※医療ビル等の複数科目募集の場合は1件扱いですので、該当件数記入して下さい。					
階数	面積(坪)	月額賃料		月額管理費		賃料合計
		賃料	坪単価	管理費	坪単価	
諸条件						
取引形態	○ 売買 ○ 賃貸 ○ 定借					
付帯設備	エレベーター○有 ○無 駐車場 ○有 (台) ○無					
交通(最寄駅)	線 駅 ○バス 分 ○徒歩 分 線 駅 ○バス 分 ○徒歩 分					
募集科目						
ご意見・ご要望						

継承希望物件登録票

取引の種類	1. 売買 2. 賃貸 3. その他(譲渡等)					
情報公開	現状は	・対院内(スタッフ)→	公開/非公開	・対院外 →	公開/非公開	
医療法人格	1. 無し 2. 有り (医療法人名)					
医院名称 (現在)						
院長情報	氏名	生年月日	年	月	日(歳)	
所在地	〒					
交通	線		駅 ○バス	分	○徒歩	分
電話番号	(固定電話)		(携帯電話)			
FAX番号						
E-Mail						
建築形態	1. 戸建て 2. ビル 3. 医療モール 4. 医療ビル 5. その他() (建て 階部分)					
建物構造						
診療面積	坪 (m ²)					
用途地域	1. 商業地 2. 住宅地 3. 工業地					
営業権譲渡 希望価格	万円程度 (内訳)					
その他 賃貸価格等	賃料	万円/月	管理費等	円/月		
	敷金	万円	礼金	万円		
	権利金	万円(内装譲渡等含む)				
	保証金	ヶ月()償却	退去時	ヶ月		
医院の現状						
現状	盛業・閉院(閉院の時期 年 月)					
開業年	年 月から					
閉院・継承予定日	年 月					

