

医業承継に関する登録票

登録受付日	年 月 日	受付番号		受付者	
-------	-------	------	--	-----	--

※ 太枠内を記入して下さい(口には ✓ して下さい。)

申請者氏名				登録申請日	年 月 日	
施設名	※法人であれば法人名までご記入ください。					
施設所在地	〒 -					
電話番号	- -		FAX番号	- -		
メールアドレス						
病床数	床	平均在院日数	日	患者数 (1日平均)	外来人(令和 年度)	入院人(令和 年度)
職員数	常勤職員数 名		医師数(再掲) 名		看護師数(再掲) 名	
			事務(再掲) 名		その他(再掲) 名	
標榜科 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 胃腸内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 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"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 肛門外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 <input type="checkbox"/> 気管食道外科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 現在閉院 <input type="checkbox"/> その他 ()					
開設年月日	年 月 日					
敷地面積	㎡					
不動産所有者						
土地・建物・医療機器等の 売却について						
スタッフの 雇用継続について						
施設の特徴						
譲渡理由						
譲渡希望時期	<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	
情報公開	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない		ホームページや 会報への掲載		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	

(注) 本票を郵送、FAX、電子メール、御来館により御提出下さい。本票に御記入いただいた個人情報は、個人情報保護法令に基づき厳正に取り扱うとともに、「医業承継相談窓口」の業務以外で使用することはありません。

◆ 本票送付(登録)先

一般社団法人 沖縄県医師会「医業承継相談窓口」事務局

◆ 連絡先

住 所 〒901-1105 沖縄県島尻郡南風原町字新川218-9

電 話 098-888-0087 FAX 098-888-0089

M a i l ikyo@okinawa.med.or.jp