医　業　継　承　（求人用）

受付日	年　　月　　日	取扱者	印
受付番号	第　継人　　－		

施設種別	①診療所　　②その他（　　）		
施設名			
設置主体	１．医療法人 ２．個　　人 ３．そ の 他 （　　）	院長名	
所在地	〒 電話：　　ＦＡＸ：		
連絡者名			
診療科名			
病　床	有床（　　床）　　無床		
継承条件	賃貸（金額　　月　　円）・譲渡（　　円） 詳細：		
概　要	土地（　　㎡）建物（　　㎡） （築　　年） ※駐車場の有無　　有　・　無		
主な設備			
その他 特記事項			

※①周辺地図②土地の平面図③建物内部の見取り図の３点を付けてください。