

秘密厳守

開業希望 アンケート

ご記入の上FAXして下さい03-5269-5335

年 月 日 現在

フリガナ 氏名			性別	生年月日	満 歳
			男・女	西暦 年 月 日	
フリガナ ご自宅住所	〒				
	(アパート・マンション)				
電話番号	(連絡) 可・不可	携帯電話	(連絡) 可・不可		
連絡可能時間	E mail アドレス				
フリガナ 現勤務先					
フリガナ 勤務先住所					
職 位			診療科		
ご出身大学	大学 大学院	昭和 平成	年卒	ご専門科	

資 金	総資金	万円	うち 自己資金	万	調達資金	万
担保資産	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					
開業希望時期	平成 年 月頃	勤務先退職	平成 年 月頃			
開業希望地	第1希望:	第2希望:	第3希望:			
開業予定地	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 探して欲しい					
診療科(標榜)	1	2	3	4		
開業条件	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継承 <input type="checkbox"/> 未定		希望面積	坪 ~	坪	
立地条件	<input type="checkbox"/> 住宅地 <input type="checkbox"/> 商業地 <input type="checkbox"/> 駅近辺 <input type="checkbox"/> 僻地 <input type="checkbox"/> その他()					
開業形態	<input type="checkbox"/> 戸建賃貸 <input type="checkbox"/> 戸建購入 <input type="checkbox"/> ビル診 <input type="checkbox"/> 所有地内 <input type="checkbox"/> その他()					
住 居	<input type="checkbox"/> 職住同一		<input type="checkbox"/> 職住別	<input type="checkbox"/> 未定		

特記事項	
------	--