

歯科医業承継バンク登録票

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

※ 太枠内を記入してください(口には✓してください)。

申請者氏名		登録申請日	年 月 日		
開設者	個人・医療法人 [(法人名称)]				
施設名					
施設所在地	〒 -	一戸建て・テナント			
電話番号・FAX番号	(TEL) - -	(FAX) - -			
電子メールアドレス					
患者数(1日平均)	人 (令和 年度)				
職員数	常勤職員数	名	内訳	歯科医師(再掲) 名	歯科衛生士(再掲) 名
				歯科助手(再掲) 名	歯科技工士(再掲) 名
				受付事務(再掲) 名	
診療設備	診療台 台 歯科用レントゲン 有/無 CAD/CAM 有/無 パノラマレントゲン 有/無 歯科用CT 有/無				
診療科名 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 現在閉院 (令和 年 月より) <input type="checkbox"/> その他 ()				
開設年月日	年 月 日				
敷地面積	m ²				
不動産所有者	(土地)	(建物等)			
土地・建物・医療機器等の売却について					
スタッフの継続について					
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				
ホームページへの掲載	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可				

(注) 本票を郵送、FAX、電子メール、ご来館によりご送付ください。本票にご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、「歯科医業承継バンク」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: 「歯科医業承継バンク」事務局

◆ 連絡先

住 所 〒960-8105 福島県福島市仲間町6番6号

公益社団法人 福島県歯科医師会館内

電 話 024-523-3310 FAX 024-524-1323

電子メール shikasyoukei@fda-online.or.jp