

FAX 045-253-3582

株式会社医療ネット

TEL : 045-253-3581

物件に対するアンケート NO.1

医院名

フリガナ

院長名

フリガナ

郵便番号 -

都道府県

市区町村

それ以降の住所

交通機関

交通機関 最寄駅

最寄駅から 徒歩 バス 分

医院電話 - -

医院FAX - -

携帯電話 - -

メールアドレス

その他連絡先

医院電話 携帯電話 医院FAX

メール その他連絡先

ご連絡方法

ご都合の良い日時をお書きください

物件についてお聞きします。

物件種類 売却 賃貸

建物 一軒家 ビル

物件に対するアンケート

NO. 2

場所
階数 階建 階
構造 鉄筋コンクリート 鉄筋 木造 その他
エレベーター 有り 無し
駐車場 無し 有り 台
専有面積 坪

ユニット
メーカー 年式 年
メーカー 年式 年
メーカー 年式 年

設備
合計 台

X線設備パントモ 有り 無し
X線設備デンタル 有り 無し
X線設備デジタル 有り 無し
レセコン 有り 無し

医院状況 月平均
1日の来院患者数
レセプト枚数 枚 保険点数 点 自費 円
 人

開業年 昭和 平成 年

賃貸条件
賃料(月, 税込) 円
管理費(月, 税込) 円
保証金 円
敷金 円

特記事項

希望売却金額 円

希望賃貸金額 円

(賃貸希望の方はこちらに金額をお書きください)

物件に対するアンケート NO.3

円 無い場合は0を入力してください。

リース残

※内訳（機材名）などをお書き下さい。

売却理由