

FAX 045-253-3582

株式会社医療ネット
TEL : 045-253-3581

物件の購入依頼に対するアンケート NO.1

お名前

フリガナ

郵便番号 -

都道府県

市区町村

それ以降の住所

自宅電話 - -

自宅FAX - -

携帯電話 - -

メールアドレス

その他連絡先

自宅電話 携帯電話 自宅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

年齢 歳

出身校

※卒業年度も記入してください。

現在の状況 勤務 開業

物件についてお聞きします。(金額は上限を目安にお書き下さい)

物件種類 購入 賃貸

交通機関

交通機関 最寄り駅

東京都内 東京都下 神奈川県

物件の購入依頼に対するアンケート

NO. 2

地域 千葉県 埼玉県 関東県内 関東県外

希望の市町村

場所

用途地域 住宅地 オフィス街 商店街
 駅前 新興住宅 郊外
 無医院他 都市再開発地
 デパート・ショッピングセンター内
その他

物件 一軒家
 ビル 階
 専有面積 坪

駐車場 無し
 有り 台

ユニット 台

設備

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 レセプト枚数 枚 保険点数 点 自費 円

1日の来院患者数 人

賃料(月, 税込) 円

管理費(月, 税込) 円

賃貸条件 保証金 円

敷金 円

希望購入金額 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)

購入理由