



BelleSystem
株式会社ベルシステム

【初めての医療承継】 私のクリニックはいくら？事業承継の初学

FAXからお申込み こちらの用紙をご利用ください
ウェブからお申込み 表面のQRコードよりお申し込みください

全ての項目にご記入の上、対象の項目を○で囲ってください。

| | | | | |
|------------------------------|---|-----------------|--------------------|-----------------|
| フリガナ | | | | 経営形態 |
| クリニック名 事業所名 | | | | 法人・個人 |
| クリニック住所 事業所住所 | 〒 | | | |
| メールアドレス | | | 電話番号 (連絡が取れるもの) | |
| フリガナ | | | / | |
| 参加者名 | | | 役職 (院長・事務長など) | |
| ご希望の日程 | ①10/27 10:00 | ②10/27 13:00 | ③10/28 10:00 | ④10/28 13:00 |
| このセミナーを どこで知りましたか | 当社チラシ | 当社営業担当 | ネット検索 | その他 () |
| 希望 | 譲渡・譲受 | 希望時期 | ～半年・1年未満・1～2年・2年～ | |
| セミナーで知りた い事、今気になっ ている事 | 例) 利益が出ていないけれど、売れますか？ 古い院内ですが、どのくらい大変なものですか？ | | | |

※個人情報の取り扱いに関するご案内

参加申込書にご記入頂きました個人情報及び相談に関する情報は、本セミナーの運営及び開催者からの事業引継ぎ等に関する情報提供のために利用させていただきます。相談内容については、開催者にて管理致します。

※本セミナーにご参加いただきました方は、後日、担当者から連絡がいく場合がございます。予めご了承ください。

TEL: 0120-284-469

FAX: 03-3231-3293