

お申込みシート

FAX 052-589-2797

下記のお申込み記入欄にご記入後、上記番号にFAXしてください

ご希望内容 セミナー参加、個別相談ともにご希望の方は両方の□に✓をご記入ください

2026 年 2月22日(日)

☐ セミナーに参加希望 ☐ 個別相談を希望

個別相談をご希望の方は、
相談希望内容に○をご記入ください



・資金計画 ・土地、物件 ・建築、内装 ・開業全般
・医療機器 ・融資、リース ・人事労務 ・その他 ()

※個別相談はセミナー当日でも承ります。

お 名 前	フリガナ	年 齢	歳
		性 別	男 ・ 女
ご 住 所	フリガナ		
	〒 - 都 道 市 区 府 県 町 村		
ご連絡先電話番号	()		
E-mailアドレス	@	ご参加 人 数	人
ご勤務先			
診療科目	<input checked="" type="checkbox"/> 内科 <input checked="" type="checkbox"/> 外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input checked="" type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input checked="" type="checkbox"/> 小児科 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚科 <input checked="" type="checkbox"/> 眼科 <input checked="" type="checkbox"/> 産婦人科 <input checked="" type="checkbox"/> 泌尿器科 <input checked="" type="checkbox"/> 精神科 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()		
ご計画時期	<input checked="" type="checkbox"/> 1年以内 <input checked="" type="checkbox"/> 2年以内 <input checked="" type="checkbox"/> 3年以内 <input checked="" type="checkbox"/> 時期未定 () <input checked="" type="checkbox"/> 開業済		
ご計画内容 (複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建て開業 <input checked="" type="checkbox"/> 建て替え <input checked="" type="checkbox"/> ビル・テナント開業 <input checked="" type="checkbox"/> ドクターズレントハウス(レントクリニック) <input checked="" type="checkbox"/> 医院リフォーム <input checked="" type="checkbox"/> 医院承継 <input checked="" type="checkbox"/> 移転・分院 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()		
開業ご希望エリア	ご希望の沿線【 線】 【 駅】 ご希望エリア【 方面】		

イベント概要

参 加 費：無料

時 間：13:30～16:45(開場 13:00)

会 場：ウインクあいち 1109会議室

申込定員：15組

お問い合わせ先

名南M&A株式会社

☎ 070-1321-8040(担当:廣)

受付時間 10:00～18:00(土・日・祝日除く)

✉ k-hiro@meinan.net

〈個人情報の取扱いについて〉

本申込書にご記入頂いた個人情報につきましては、セミナー開催企業各社へ提供する場合があります。お預かりした情報は、今後開催される各種イベント、セミナーのご案内やセミナー開催企業からの製品情報のご案内に、利用させていただくことがあります。ご案内が不要の方はお申し出頂きますと、ご案内の発送を中止いたします。また、ご記入頂いた個人情報は適切に管理し、お客様の承諾なくセミナー開催企業以外の第三者に開示・提供することはありません。

〔共 催 企 業〕 株式会社メディヴァンス 名南M&A株式会社 株式会社スズ薬局・DCPソリューション 三井ホーム株式会社 ※順不同 4社共同開催