

基本情報シート（譲渡薬局用）

【極秘】

管理番号	U-		令和 年 月 日		
基本情報	会員区分	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員	会員番号（ ）	
	薬局名				
	薬局住所	〒			
	薬局電話番号				
開設者情報	開設区分	<input type="checkbox"/> 個人	<input type="checkbox"/> 法人		
	開設者名	（法人の場合、法人名・役職・開設者名）			
	開設者住所	〒			
	開設者電話番号				
	開設者携帯番号				
	開設者FAX番号				
	開設者e-mail				
売上情報	売上比率（％）	調剤	OTC等	在宅	
		％	％	％	
	近隣医療機関	<input type="checkbox"/> 総合病院	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 精神科
		<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科
		<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> その他	
	処方情報	枚数	薬剤料	技術料	
枚		円	円		
売上高	円				
店舗情報	薬剤師数	人			
	土地	<input type="checkbox"/> 所有	<input type="checkbox"/> 賃貸		
	建物	<input type="checkbox"/> 所有	<input type="checkbox"/> 賃貸		
希望条件	希望先	<input type="checkbox"/> 独立希望薬剤師	<input type="checkbox"/> 1店舗	<input type="checkbox"/> 2～5店舗	<input type="checkbox"/> 6～19店舗
		<input type="checkbox"/> 20店舗以上	<input type="checkbox"/> 希望ははい		
	ご本人について	<input type="checkbox"/> 完全譲渡	<input type="checkbox"/> 当面、働きたい	<input type="checkbox"/> その他	
	承継タイミング	<input type="checkbox"/> 速やかに	<input type="checkbox"/> 緩やかに	<input type="checkbox"/> その他	
	譲渡希望金額	円	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 提示希望	
その他	その他の詳細・法人における担当者氏名・連絡先など				