

【クリニック開業をお考えのドクター必見！】

主催：北海道医師協同組合
共催：(株)メディカル・ソラーレ

クリニック開業セミナー & 個別相談会

◆ 開業時の心配事を様々なアプローチで分析！ クリニック開業のポイントを各分野からわかりやすく解説！ ◆

《参加費》 無料(予約制)

開業セミナー : 先着10名限り
個別相談会 : 先着5組限り

開業希望の医師(配偶者や家族の同伴も可能です)

申込締切日 平成29年11月13日(月)

※参加者が予定人数に満たない場合は開催を中止とさせていただきます。
(開催中止の場合はホームページにてお知らせいたします。)

診療圏調査 無料チケット ご用意いたします!

日時

平成29年11月19日(日)

13:00~15:30

場所

札幌すみれホテル

[4階 コスモス]

札幌市中央区北1条西2丁目

<TEL>011-261-5151(代表)

セミナー内容

受付 12:30 / 開演 13:00

序部

13:00 ~ 13:15 (15分)

開業に役立つ医師協の事業について

講師 北海道医師協同組合

第一部

13:20 ~ 14:05 (45分)

開業準備から開業後に必要な税務・労務の知識

講師 さっぽろ経営センター

第二部

14:10 ~ 14:55 (45分)

開業までのプロセスとポイントについて

講師 株式会社 メディカル・ソラーレ

基本構想(物件選定、事業計画策定等)から開業までの
プロセスとチェックポイントを解説

第三部

15:00 ~ 15:30 (30分)

★ 開業の体験談

講師 医療法人社団

あけぼの耳鼻咽喉科クリニック

理事長 藤田 香

[平成25年4月開業]

個別相談会

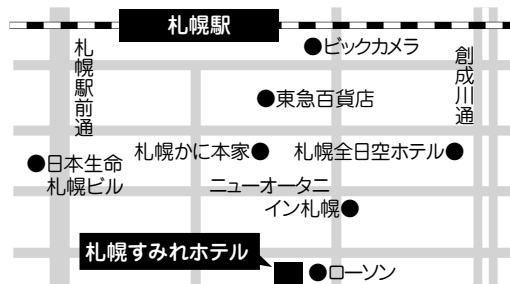
11:30 ~ 12:45

15:40 ~ 16:50

ご希望の先生方には、個別で相談会を実施します。
また、開業物件の紹介や診療圏調査を使った候補
地選定の相談も承ります。

裏面の申込書にご記入いただければ、
当日、診療圏調査報告書をご提供いたします。

会場 札幌すみれホテル



北海道医師協同組合まで、電話、FAXまたはe-mailにて裏面「参加申込書」の内容を明記の上、お申し込みください。

お申し込み
お問い合わせ

北海道医師協同組合 事務局

TEL:011-222-0110

FAX:011-222-0119

担当: 武田、深澤

住所 札幌市中央区大通西8丁目2番地 住友商事・フカミヤ大通ビル8階

H.P http://www.h-ikyo.or.jp/

e-mail support@h-ikyo.or.jp

北海道医師協同組合 行

FAX : 011-222-0119

平成29年11月19日(日) クリニック開業セミナー&個別相談会 参加申込書

申込締切日 平成29年11月13日(月)

※参加者が予定人数に満たない場合は開催を中止とさせていただきます。
(開催中止の場合はホームページにてお知らせいたします。)

**参加費
無料(予約制)**

《ご注意事項》

※複数名でお申し込みの場合は、お手数ですが、下記申込書部分をコピーの上、お一人ずつお申し込みください。
※参加お申込みいただいた方には、後日「受講票」をご送付申し上げますので、当日ご持参の上、受付にてご提示ください。

フリガナ			
ご参加者名			
ご住所	〒 -		
ご自宅TEL	ご自宅FAX		
	携帯電話		
e-mail	ご参加人数	[ご本人 含めて] ※同伴者様とのご関係[任意記入] 名 []	
ご勤務先	[名 称]	[住 所]	〒 -
受講票送付先住所 (ご自宅以外をご希望の場合)	〒 - ご指定がなければ、郵送にて受講票をご送付させていただきます 郵送以外はいずれかを○で囲んでください (F A X ・ メール) を希望		

■ご開業について

開業希望時期 (いずれかに○印をご記入ください)	半年以内	1年以内	1年以上先	時期未定			
開業科目 (ご予定の診療科目に○印をご記入ください)	内 科	外 科	整形外科	耳鼻咽喉科	小児科	皮膚科	精神科
	眼 科	産婦人科	その他 ()				
個別相談会参加	希望する (希望時間に○をご記入ください)			希望しない			
個別相談会希望時間 (ご希望の時間帯の[]内に第1希望・第2希望までをご記入ください)	① 11:30 ~ 12:00 []	② 12:15 ~ 12:45 []	③ 15:40 ~ 16:10 []	④ 16:20 ~ 16:50 []			
	※上記時間の他、セミナー中又は別の日等をご希望の場合は希望日時をご記入ください ()						
開業候補地住所 (駅名などの公共施設の名称でも調査可能です)	[複数可]						
ご相談内容 (自由にお書きください)							

■診療圏調査の申込みチケット (診療圏調査ご希望の方はセミナー当日に報告書をご提供いたします)

診療圏調査申込	希望する (上記開業科目に○をご記入ください)	希望しない
---------	-------------------------	-------

※診療圏調査をご希望の場合は、上記「開業候補地住所」欄に駅名を記載ください。

《お申込みに際しての同意事項》

お申し込みの際にご記入いただくお客様の個人情報は、当セミナーの受付業務にあたり名簿作成を行いお客様への対応をさせていただく上で必要なものです。申し込みいただいた個人情報につきましては、主催、共催企業以外に提供もしくは利用することはありません。
また、お預かりした情報は、北海道医師協同組合及び(株)メディカル・ソラーレで今後開催される各種イベント、セミナーのご案内に利用させていただきますことがあります。ご案内が不要なお客様は、当組合にご連絡をいただければ電子メール、DMなどの送信発送を中止いたします。当組合では、記入していただいた情報を当組合個人情報保護方針に則り適切に管理し、お客様の承諾なく上記以外の第三者に開示・提供することは有りません。

【当組合の個人情報保護に関するお問い合わせ窓口】

北海道医師協同組合 電話:011-222-0110 個人情報保護方針: <http://www.h-ikyoo.or.jp/>