

セミナーのお申込みは

コール 良 い ご 縁

FAX: 0120-56-4150

弊社は、経済産業省の『M&A支援機関に係る登録制度』に仲介業者として登録しています (NO.128)。

弊社は中小企業のM&Aを取り扱う会社として、おかげさまで本年創業18年目を迎えます。近年弊社では『病床の再編』をテーマに「病院」及び「有床診療所」を対象とする事業承継のご支援を重点的に行なってきましたが、無床クリニックの先生方からも多数の後継者不在に関する相談が寄せられるようになりました。

そこで今回はこれらのニーズに対応するため、医科・無床クリニック向け「事業承継セミナー」を開催することにいたしました。医科クリニックの院長先生の「事業承継に関する不安やお悩み」と「分院展開」をM&Aで進めようとお考えの院長先生向けに有益な情報提供をさせていただきますので、本セミナーには是非お申込みください。

主 催 株式会社 事業承継支援センター **お申込み方法**

問い合わせ TEL: 092-522-7004
E-mail: info@jigyousyoukei.co.jp

表面二次元バーコードまたは下記必要項目をご記入の上、ご希望セミナー日の3日前までにFAXまたはE-mailにてお申込みください。後日弊社よりご連絡させていただきます。

ご希望講演日 ご希望日時に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ① 4/4 木 13:00 ~ 14:15	<input type="checkbox"/> ② 5/5 日 13:00 ~ 14:15	<input type="checkbox"/> ③ 6/6 木 13:00 ~ 14:15
事業者名 (又は医院名)			
所在地	〒 -		
フリガナ			
お名前	役 職		<input type="checkbox"/> 代表者
	<input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい		<input type="checkbox"/> その他 ()
TEL <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい	() -		F A X () -
	<input type="checkbox"/> 貴院 <input type="checkbox"/> 自宅	携帯電話 () -	
メールアドレス	@ ※必ずご記入下さい		
ZOOMによる面談	希望する ・ 希望しない ・ 検討中 (該当するものを○で囲んで下さい)		
ご希望の連絡方法 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> PCメール <input type="checkbox"/> SMS(携帯) <input type="checkbox"/> その他()		
連絡希望日時	連絡希望日: 平日 ・ 土曜日 ・ 日曜日 ・ その他() (該当するものを○で囲んで下さい) 希望時間帯: 時 ~ 時		
お聞きに なりたい内容 ※複数回答可 <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい	<input type="checkbox"/> 譲渡対価について		<input type="checkbox"/> 譲渡時期について
	<input type="checkbox"/> 候補先探しについて		<input type="checkbox"/> M&Aの流れについて
	<input type="checkbox"/> 専門家活用の補助金について		<input type="checkbox"/> その他()

※ご記入いただいた情報につきましては、弊社の各種サービスのご提案・ご提供のみに利用し、弊社にて厳重に保管・管理及び破棄いたします。
※本書をFAXで送付させていただいている場合で今後不要な場合は、お手数ですがそのまま返信くださいますようお願い申し上げます。

秘密厳守