

出店申込書（診療所）

平成 年 月 日

株式会社メディカルシティ不動産 御中

住 所

氏 名

印

件 名		賃 料	
所在地		敷 金	
建 物		保証金	
形 態		期 間	
用 途	診療所（●●●科）	共益費	

貴社の出店募集条件を承認の上、ご指定の物件について出店の申込を致します。

本人	氏名		明・大・昭 年 月 日	
	現住所		TEL	
	家族	配偶者 有・無	子供（ ）人	本籍
	区分	自己所有・借家・その他	銀行	銀行 支店
免許・資格				
経 歴				
最終学歴	年 月卒	大学	学部	
平成 年 月	平成 年 月			
平成 年 月	平成 年 月			
平成 年 月	平成 年 月			
平成 年 月	平成 年 月			
養	氏名		明・大・昭 年 月 日	
	住所		携帯電話	
	勤務先		役職	

建物賃貸借予約契約締結日（予定）：

契約締結予定日：

工事着工開始予定日：

竣工・引渡予定日：

営業開始予定日（賃料起算日）：

出店申込書（薬局）

平成 年 月 日

株式会社タカラメディカル 御中

住 所

氏 名

件 名		賃 料	
所在地		敷 金	
敷 地		期 間	
建 物		用 途	調剤薬局
形 態		共益費	

貴社の出店募集条件を承認の上、ご指定の物件について出店の申込を致します。

賃	会社名							
	本 店			TEL				
	支 店			TEL				
	資本金		銀行	銀行	支店			
営業内容								
薬	氏名				明・大・昭	年	月	日
	住所			TEL				
	勤務先		役職					

【その他の事項】

- ・
- ・
- ・