

※大変お手数をおかけ致しますが、なるべく郵送にてお願い致します。ただし、お急ぎの場合は、FAXまたはメール添付等で構いません。

報酬額見積もり依頼シート	
FAX番号 03-6324-8837(電話番号と同じ)	
医院の所在地及び名称*	〒
院長先生お名前*	
個人・法人の区分等*	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人 (診療科目 _____ 科) (分院の有・無 _____ 件)
医院連絡先*	TEL _____ FAX _____ (E-mail: _____)
年間収入金額* (概算で結構です)	約 _____ 万円 (内保険診療分 _____ 万円)
租税特別措置法26条の適用について*	<input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り <input type="checkbox"/> 不明
医業外の所得の有無*	
具体的な、あるいは個別のご要望事項や特殊事情などがございましたら、右へご記入ください ※他の会計事務所へ依頼されていた方へ 差支えなければ、参考までにこれまでの年間報酬額を下記にご記入願います。	(個別要望事項・特殊事情などのご記入欄)
	これまでにお受けした具体例です。該当するものがあればチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 毎月定期的に原則として所長税理士が医院を訪問し、財務会計資料の受け渡しや要旨の説明等を行なってもらいたい。 <input type="checkbox"/> できれば、社会保険労務事務や給与関係事務(毎月の給与明細書の発行等)も依頼したい。そのための負担増については、相応なものであれば構わない。 <input type="checkbox"/> 訪問頻度については、毎月でなくても必要に応じてということ構わないので、それに対応して顧問料が多少でも低くなるように設定して欲しい。 <input type="checkbox"/> 医院において会計ソフトを使用して、基本的な収入・経費のデータ入力概ね可能であるので、出来るだけ顧問料を低く設定して欲しい。 (既に使用されている会計ソフトがあれば、ご記入ください) 会計ソフト名: _____
見積書受取方法*	<input type="checkbox"/> 郵送希望 <input type="checkbox"/> その他(_____)

※1:当事務所の責任において秘密は厳守し、シート原本は郵送にて返送いたします。

※2: *印は必須記入事項ですので、ご記入の程どうぞ宜しくお願い致します。