助　産　所　施　設　表

（　　　　年　　　　月　　　　日　現在）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (１)施設名 |  | | | | | |
| (２)開設年月日 | 平成　　年　　月　　日 | | | | | |
| (３)所在地 | 〒　　‐ | | | | | |
| (４)連絡先 | ＴＥＬ | | | ＦＡＸ | | |
| E-mail | | | | | |
| (５)管理者氏名 |  | | | | | |
| (６)開設者名 |  | | | 区分（法人・個人・その他） | | |
| (７)嘱託医師等 | 【嘱託医師】  氏名  所属医療施設名 | | | 【嘱託医療施設】  施設名 | | |
| (８)入所施設 | 有　　　・　　　無 | | | 【有の場合】  入所室定員　　　　　人 | | |
| (９)食事の提供 | 【入所者への食事の提供】  有　　　・　　　無 | | | 【有の場合】  施設内調理・外部 | | |
| (10)分娩取扱数 | 年間約　　　　　件（昨年度　　　　　件） | | | | | |
| (11)職員名簿 | | | | | | |
| 職　種 | | 氏　名 | 免許登録番号 | | 免許登録日 | 備　考 |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |

|  |
| --- |
| (12)備　考（立入に際して、事前に保健所へ伝えたいこと等） |