

## 様式 3

## 助産所開設届出書（非助産師（法人等）開設）

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

開設者住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

(法人の主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、助産所を開設しましたので、医療法施行令第4条の2第1項及び同法施行規則第3条第1項の規定により届出します。

1 助産所の名称	(フリガナ)									
2 開設の場所	開設場所	〒								
	電 話	( )			FAX	( )				
3 開設許可年月日	令和 年 月 日									
4 許可番号	堺保医第 一 号									
5 開設年月日	令和 年 月 日									
6 管理者 (助産師免許証の原本及び 写並びに履歴書を添付)	自宅住所	電話：( )								
	氏 名									
7 開業日及び 開業時間	開業日							開業時間	休業日	
	月	火	水	木	金	土	日			
										: ~ :
										: ~ :
							: ~ :			

## 【留意事項】

管理者が保健師助産師看護師法第15条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた者である場合にあっては、免許証及び再教育研修修了登録証の原本及び写を添付

大阪府医療機関情報システムへの電話番号掲載確認	
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
電話番号	( )

堺市保健所受付印

様式 3

**<分娩を取り扱う助産所のみ>**

9 業務に従事する 助産師 (助産師免許証の原本及び 写並びに履歴書を添付)	助産師名	勤務の日							勤務時間
		月	火	水	木	金	土	日	
									: ~ :
									: ~ :
									: ~ :
									: ~ :
									: ~ :
									: ~ :
									: ~ :

10 嘴託医師の 住所氏名 (規則第15条の2第1項)	嘴託医師住所		〒
	嘴託医師氏名		
	勤務医療機関	住所	〒
		名称	
	電話	( )	
上記における担当科目		<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 産婦人科	
11 嘴託した 医療機関の住所 及び名称 (規則第15条の2第2項)	医療機関	住所	〒
		名称	
		電話	( )
	産科又は産婦人科を 担当する医師名		
担当診療		<input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 産婦人科	
12 嘴託した 医療機関の 住所及び名称 (規則第15条の2第3項)	医療機関	住所	〒
		名称	
		電話	( )
	標榜科目		( <input type="checkbox"/> 産科 又は <input type="checkbox"/> 産婦人科) 及び <input type="checkbox"/> 小児科

※1 10 及び 11 に関しては、どちらかのみで可であるが、12 に関しては必置。

※2 10 には、当該医師に嘴託した旨の書類を添付すること。

※3 11 には、当該医療機関が診療科名中に産科又は産婦人科を有する旨の書類、及び当該医療機関に対し嘴託を行った旨の書類を添付すること。

※4 12 には、当該医療機関に嘴託した旨の書類を添付すること。

※5 12 の医療機関は、診療科名中に産科又は産婦人科及び小児科を有し、かつ、新生児への診療を行うことができる病院又は診療所（患者を入院させるための施設を有するものに限る。）であること。ただし、当分の間、産科又は産婦人科を有する嘴託医療機関と小児科を有する嘴託医療機関は、それぞれ別の医療機関で差し支えない。また、いずれかの医療機関に、妊娠婦及び新生児を入院させるための施設があれば足りる。