

助産所開設届出書（非助産師開設）

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

印

(法人の場合は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 開設者の住所・氏名	住 所						
	氏 名						
	電 話	( )					
2 助産所の名称	(フリガナ)						
3 開設の場所	開設場所	〒					
	電 話	( )	FAX	( )			
4 開設許可年月日	令和 年 月 日						
5 許可番号	堺保医第 一 号						
6 開設年月日	令和 年 月 日						
7 管理者 (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						
8 勤務の日及び 勤務時間	勤務の日						
	月	火	水	木	金	土	日
	勤務時間						
							休業日
							: ~ :
							: ~ :
							: ~ :

【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
希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>
( ) -

堺市保健所受付印

様式 3

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

<分娩を取り扱う助産所のみ>

10 嘱託医師の住所氏名 (規則第 15 条の 2 第 1 項)	嘱託医師住所		〒
	嘱託医師氏名		
	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 嘱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 嘱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、当該医師に嘱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嘱託を行った旨の書類を添付すること。

※4 12 には、当該医療機関に嘱託した旨の書類を添付すること。

※5 当分の間、産科又は産婦人科を有する嘱託医療機関と小児科を有する嘱託医療機関は、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、妊産婦及び新生児を入院させるための施設があれば足りる。