

(様式2)

事業者概要兼事業実施基本計画書

実施する事業の種類

宿泊型 通所型(6時間) 通所型(3時間) 訪問型

1 事業者概要

事業者名			
事業者所在地	〒		
代表者氏名			
施設管理者氏名			
事業責任者氏名			
設立年月日			
連絡先	電話番号		FAX 番号
産科・産婦人科を標榜している病院又は診療所の場合	雇用する医師 名(うち非常勤 名) うち (・産婦人科医 名(うち非常勤 名) ・小児科医 名(うち非常勤 名))		
施設での分娩の取り扱いの有無	※「有」の場合は昨年度の取り扱い件数を記載してください。 有 (件) ※「無」の場合は過去の取り扱い実績等があればそれについて記載してください。 無 過去の取り扱い実績等 ()		
応募動機及び事業の実施方針(簡潔に記載して下さい)			

※代表者氏名：法人が開設している場合は、法人の代表者氏名を記載すること。

3 事業実施人員及び食事提供体制

配置職員計画 ※勤務体制について該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> をして下さい	資格	配置職員数	勤務体制		
	助産師	名	<input type="checkbox"/> 3交代制 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 2交代制	<input type="checkbox"/> 日勤のみ
	保健師	名	<input type="checkbox"/> 3交代制 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 2交代制	<input type="checkbox"/> 日勤のみ
	看護師	名	<input type="checkbox"/> 3交代制 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 2交代制	<input type="checkbox"/> 日勤のみ
	心理士	名	<input type="checkbox"/> 3交代制 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 2交代制	<input type="checkbox"/> 日勤のみ
	合計	名			
食事の提供方法 ※該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> をして下さい。	<input type="checkbox"/> 施設内にて調理を実施 <input type="checkbox"/> 施設外の飲食店等から食事を調達し提供 (飲食店名称： 所在地：)				

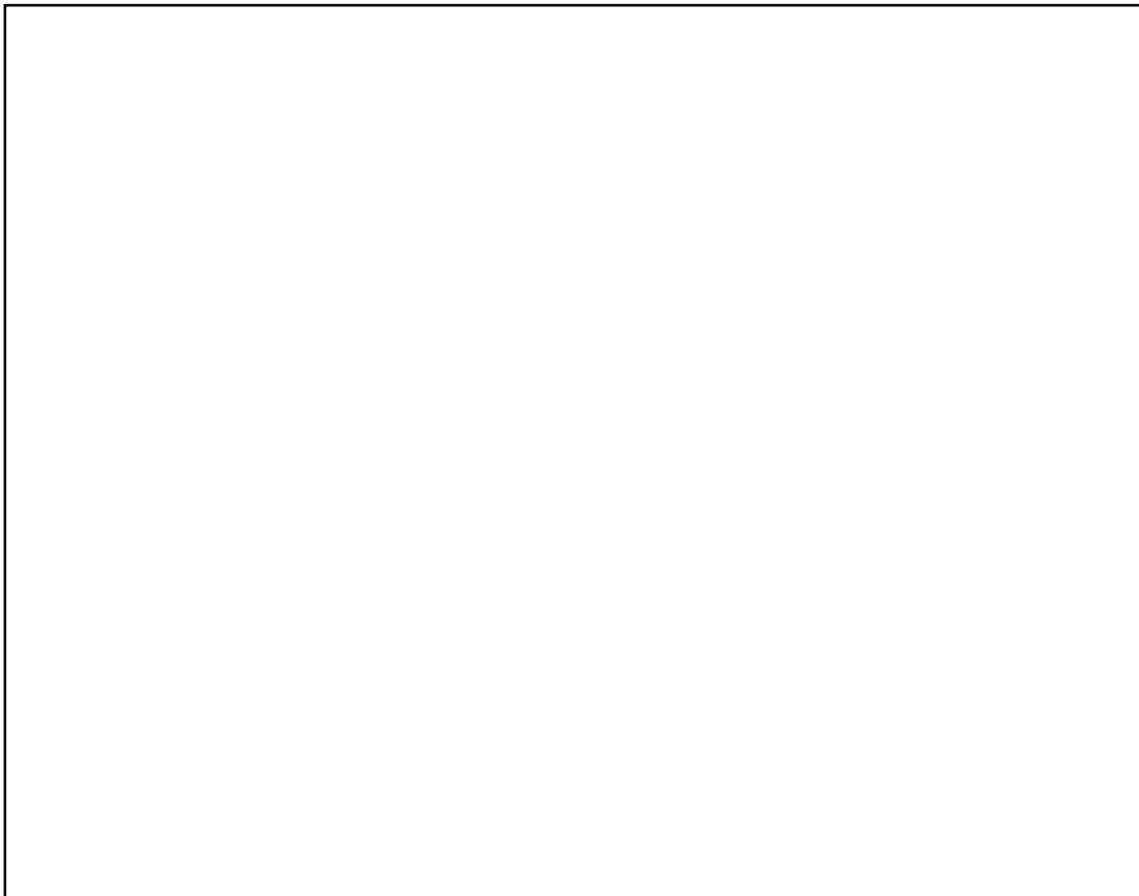
4 協力医療機関

医療機関名	
所在地	〒
代表者氏名	

5 事故発生時の対応計画

対応計画	
------	--

6 賠償責任保険証のコピー添付



7 施設内画像



① 産婦療養部屋

② 乳児療養部屋

③ 浴室

④ トイレ

⑤ カウンセリング等を行う部屋