（法人等開設用）

**助産所開設届**

令和　　　年　　　月　　　日

神戸市保健所長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名

　　（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | ふりがな |  | |
| 助産所の名称 |  | |
| ２ | 助産所の所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　（　　　　　　）　　　　　　　－ | |
| ３ | 開設年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| ４ | 管理者 | 住　　所 | 〒 |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| ５ | 業務に従事する助産師の氏名、及び日時 | | |
| 氏　　　　　名 | 業務に従事する日時 | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

**８・1/３**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ６ | 分娩の取扱  （嘱託医師等） | □分娩を取り扱う　　□分娩を取り扱わない  （分娩を取り扱う場合は以下の①又は②　及び③を記入） | | | |
| ①  嘱託医師 | 氏　名 |  | | |
| 住　所 |  | | |
| 勤務先  （担当科目） | （産科・産婦人科） | | |
| ②  嘱託した病院又は診療所 | 医療機関名 |  | | |
| 診療科目 |  | | |
| 所 在 地 |  | | |
| ③  嘱託医師による対応が困難な場合のため、嘱託する病院又は診療所  （小児科の嘱託病院と産科・産婦人科の嘱託病院が別でも可能） | 医療機関名 |  | | |
| 診療科目 |  | 病床数 | 床 |
| 所 在 地 |  | | |
| 医療機関名 |  | | |
| 診療科目 |  | 病床数 | 床 |
| 所 在 地 |  | | |

注）１　助産師以外の者が、医療法第７条第１項に基づく助産所開設許可を受けた後、実際に助産所を開設したときに提出してください。

注）２　提出部数･････３部（助産所控１部含む）　　提出先･････保健センター（各区役所内）

注）３　【添付書類】業務に従事する助産師全員の履歴書及び免許証写

※履歴書の履歴事項の最後には、開設した助産所について、『○年○月○日

△△助産院　開設・管理者就任（または勤務）』等記入してください。

**８・２/３**

履歴書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　籍 | | | 都・道・府・県 | |
| 現住所 | | | 〒 | |
| 氏　名（ふりがな） | | |  | |
| 生年月日 | | | 昭和・平成　　　年　　　　月　　　　日生 | |
| 履歴事項（学歴・職歴） | 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
| 年 月 日 | |  | |
|  | | 現在に至る | |
| 賞罰 |  | | | |
| 免許登録種別（○を付する） | | | | 医籍登録　　歯科医籍登録　　薬剤師登録　　助産師登録 |
| 免許登録年月日・番号 | | 年　　　月　　　日　　　第　　　　　　　　　号 | | |
| 上記のとおり相違ありません。  令和　　年　　月　　日  氏名　　　　　　　　　　　　　　　無 | | | | |

**８・３/３**