

助産所開設届

年 月 日

いわき市長 様

住所

届出者 氏名

㊟

電話番号

注意 □のある欄は、該当する箇所に \surd 印を付けてください。

名 称					
開設の場所		電話番号			
開設年月日		年 月 日			
他の医療機関の開設及び勤務状況	現に助産所を開設若しくは管理し、又は病院、診療所若しくは助産所に勤務しているとき	名 称			
		所在地	電話番号		
	本施設と同一の上をうき 時に2以上を 開設する	名 称			
		所在地	電話番号		
管理者	住 所	電話番号			
	氏 名				
	管理者が現に管理している助産所	名 称			
		所在地	電話番号		
助産師	氏 名	勤務日	勤務時間	免 許	
				登録年月日	番 号
				年 月 日	第 号
				年 月 日	第 号

嘱託医師	住 所							
	氏 名	電話番号						
従業者	職 種	助産師					合 計	
	定 員	人	人	人	人	人	人	
建物の構造概要等	構 造				面 積			
	造 階建				m ²			
	造 階建				m ²			
	建築面積	m ²	延べ建築面積	m ²	敷地面積	m ²		
	建物の一部を使用する場合	造 階 室				階建ての建物中面積		m ²
入所施設	建 物 別	階 別	入所室番号	入所定員 (人)	床面積 (m ²)	1人当たりの床面積 (m ²)		
	妊婦、産婦又はじょく婦の入所定員				室	人		
階段数及び構造	建 物 別	階 段 数 (階から階まで)	通 常 階 段				避 難 階段数	エレベーター 数
			幅 (m)	踊り場 (m)	け上げ (cm)	路 面 (cm)		
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

診察室等	室名	室面積 (㎡)	構造設備			
	診察室					
	分べん室					
	新生児入浴施設					
その他の施設	施設名	面積 (㎡)	構造設備			
	給食施設		床の構造		食器消毒設備	
	消毒施設					
消火機械等	建物別	階別	種類			
			□消火栓□スプリンクラー□消火器□その他 ()			
			□消火栓□スプリンクラー□消火器□その他 ()			

備考

- 1 「階段数及び構造」の欄は、2階以上に入所施設がある場合のみ記入してください。
- 2 次に掲げる書類を添付してください。
 - (1) 開設者、管理者、医師、歯科医師及び助産師の免許証の写し
 - (2) 管理者の履歴書
 - (3) 嘱託医師の嘱託医師となる旨の承諾書及び免許証の写し
 - (4) 敷地の平面図、敷地周囲の見取図及び各室の用途を明示した建物の平面図
(入所施設については、各室ごとの入所定員を明示したもの)