事業者概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名  |  |
| 事業者所在地  | 〒  |
| 医療機関等の種別該当するものに☑ | □医療法に定める病院または診療所（産科又は産婦人科を標榜するものに限る。）□分娩を取り扱う助産所 |
| 代表者名  |  |
| 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または診療所の場合 | ■雇用する医師 　　　　　名（うち非常勤 　 　　　名）（雇用する医師のうち）・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実績 | 昨年度の取り扱い 　　　件  |
| 施設での産後ケア宿泊型類似事業の実績 | ■事業の開始時期（記載例：R7.4から事業開始）■契約相手方（独自事業・自治体等との契約・その他）（記載例：●●市との業務委託契約）■事業の内容（契約の内容等）（記載例：産後ケア宿泊型事業）■年間利用者数等 実人数　　　　　人、延べ人数　　　　人■その他（自由記載） |

※代表者名：法人が開設している場合は、法人の代表者名を記載すること。

※産後ケア類似事業に係る実績報告書等を作成している場合は添付すること。