

年　月　日

事業者概要

事業者名				
区分	医療機関（産科・産婦人科 / 小児科）助産所 (〒 -)			
事業実施施設所在地				
代表者名				
設立年月日				
連絡先	電話		FAX	
産科・婦人科・小児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) 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、昨年度の取り扱い件数。無の場合、過去の取り扱いがあれば、それについて記載 ※小児科の場合、昨年度の小児科入院件数	分娩の取り扱い 有 (昨年度件数：件) 無 過去の実績： 小児科入院 (昨年度件数：件)			

※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