

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