

助産所開設許可申請書

年 月 日

(あて先)

一宮市保健所長

開設者 住 所

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の職・氏名)

電話番号

次のとおり、助産所の開設を許可してください。

1 名称等

助産所の名称	
開設の場所	
開設者が現に他の病院、診療所又は助産所を開設しているときは、その施設の名称及び所在地	

2 従業者の定員

助産師	その他	計

※ 助産所を運営するために必要となる従業員の数（最小数）を記入してください。

3 敷地の状況

面積	
平面図	別添のとおり。(方位・縮尺を明記すること。)

4 建物の構造概要（附属建物を含む。）

建物(棟)別	構造概要	延べ床面積	助産所部分延べ床面積
	造 階建		
	造 階建		
	造 階建		
計			

平面図	別添のとおり。 (方位・縮尺・各室の名称・用途・面積等を明記すること。)
配置図	別添のとおり。(方位・縮尺を明記すること。)

5 分べん室及び新生児入浴施設

分べん室	面積	構造設備の概要	もく浴室	面積	構造設備の概要

6 以下の施設の有無

給食施設	有・無	消火用機械器具	有・無
計量器具	有・無		

7 入所室を有するときは、各室の入所定員等

入所定室			室			入所定員			人		
室番号	入所定員	床面積	1母子当たりの床面積	採光面積	直接外気※ 開放面積	室番号	入所定員	床面積	1母子当たりの床面積	採光面積	直接外気※ 開放面積

※機械換気設備により換気する場合は、その旨を記入してください。

8 開設者が法人であるとき。

定款、寄附行為又は条例の写し	別添のとおり。
----------------	---------

9 開設予定年月日

年 月 日
