

助産所開設届

年 月 日

(あて先)  
一宮市保健所長

開設者 住 所  
  
氏 名  
  
電話番号

次のとおり助産所を開設しました。

1 名称等

|           |       |
|-----------|-------|
| 名 称       |       |
| 開 設 の 場 所 | 電話番号  |
| 開 設 年 月 日 | 年 月 日 |

2 開設者が次の事項に該当するときは、その施設の名称及び開設の場所

|                              | 名 称 | 開 設 の 場 所 |
|------------------------------|-----|-----------|
| 現在他に助産所を開設しているとき（しようとしているとき） |     |           |
| 現在他の助産所を管理しているとき             |     |           |
| 現在他の病院、診療所若しくは助産所に勤務しているとき   |     |           |

3 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）を記入すること。

4 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。） |
| 周 囲 の 見 取 図 |                       |

5 建物の構造概要（附属建物を含む）

| 建 物 （ 棟 ） 別 | 構 造 概 要                                                   | 建 物 延 べ 床 面 積 | 助 産 所 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（病室については、病床種別、室番号及び病床数）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。）                                     |               |                 |

## 6 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 | 入浴施設 | 面 積 | 構造設備の概要 |
|------|-----|---------|------|-----|---------|
|      |     |         |      |     |         |

## 7 次の施設の有無

|         |     |         |     |               |     |
|---------|-----|---------|-----|---------------|-----|
| 給 食 施 設 | 有・無 | 計 量 器 具 | 有・無 | 消 火 用 機 械 器 具 | 有・無 |
|---------|-----|---------|-----|---------------|-----|

## 8 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、その旨を記入すること。

## 9 管理者

|     |  |
|-----|--|
| 氏 名 |  |
| 住 所 |  |

## 10 業務に従事する助産師

| 氏 名   | 勤 務 の 日 | 勤 務 時 間 | 備 考 |
|-------|---------|---------|-----|
| (管理者) |         |         |     |
|       |         |         |     |

## 11 分べんを取り扱う助産所については、嘱託医師及び嘱託した病院又は診療所

|                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| 嘱託医師の氏名（又は嘱託病院若しくは診療所の名称） | 嘱託医師の住所（又は嘱託病院若しくは診療所の所在地） |
|                           |                            |

※ 医師等に嘱託した旨の書類を添付すること。

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| 嘱託医師による対応が困難な場合の嘱託病院又は診療所の名称 | 嘱託病院又は診療所の所在地 |
|                              |               |

※ 病院又は診療所に嘱託した旨の書類を添付すること。