

年 月 日

池 田 市 長 様

(申請者)

所在地 _____

事業者名称 _____

代表者氏名 _____ 印

池田市産後ケア事業委託事業者申請書兼誓約書

池田市産後ケア事業委託事業者として応募したいので、別紙の必要書類を添付して申請
します。

また、池田市産後ケア事業委託事業者募集要項に定める応募資格を全て満たしており、
添付書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

担当者氏名及び連絡先	担当部署
	担当者氏名
	電話番号
	E-mail

事業者概要

事業者名	
事業者 所在地	(〒 ー)
代表者名	
設立年月日	年 月 日
連絡先	電話番号 FAX 番号 E-mail
産科・産婦人科を標榜 ^{ほう} している病院又は診療所の場合	雇用する医師 人（うち非常勤 人） うち 〔・産婦人科医 人（うち非常勤 人）〕 〔・小児科医 人（うち非常勤 人）〕
施設での分娩の取扱いの有無 ※「有」の場合は昨年度の取扱件数を記載してください。 ※「無」の場合で過去の取扱実績等があれば、それについて記載してください。	有（ ）件 無 過去の取扱実績等 〔 〕

※ 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してください。

※ 分娩の取扱実績について、取扱件数等が確認できるものを添付してください。

産後ケア類似事業の実績

事業名	
事業の実施時期	
事業の実施場所	
事業概要	
年間利用者数 (参加者数など)	実人数 人、 延人数 人

※ 事業に係る実績報告書を作成している場合は添付してください。

事業実施の基本計画書

施設名称 (仮称でも可)			
開設(予定) 所在地			
施設管理者			
事業責任者			
応募動機及び 実施方針			
事業内容	サービス内容	受入可能月齢	一日利用可能人数
	宿泊型	産後 ～ か月未満	名
	通所型	産後 ～ か月未満	名
	施設の一日最大利用可能人数 (名)		
事業実施施設 概要	造、 階建ての 階部分		
実施室数 及び面積	宿泊に使用する 入所室数 () 室	入所室 1 () m ²	
		入所室 2 () m ²	
		入所室 3 () m ²	
		入所室 4 () m ²	
	通所に使用する 居室数 () 室	居室 1 () m ²	
		居室 2 () m ²	
		居室 3 () m ²	

	宿泊及び通所に 兼用する入所室 兼居室 () 室	入所室兼居室 1 () m ²
		入所室兼居室 2 () m ²
		入所室兼居室 3 () m ²
		入所室兼居室 4 () m ²
		入所室兼居室 5 () m ²
		入所室兼居室 6 () m ²
		入所室兼居室 7 () m ²
個室	有 ・ 無	
設 備 現在整備されて いるものに○	授乳コーナー ・ ベビーベッド ・ シャワー室 ・ 入浴施設 ・ ^{もく} 沐浴指導設備 ・ 乳児室（ほふく室） ・ 非常口 ・ 玄関以外の避難経路	
利用料の 支払い方法 どちらかに○	・ 現金のみ ・ クレジットカード利用可能	

※ 事業実施(予定)施設の建物平面図を添付してください。

産後ケア事業の実施に係る協力医療機関との連携確認書

1. 事業者

事業者名	
所在地	
代表氏名	

2. 協力医療機関

医療機関名	
所在地	
代表氏名	

3. 協力確認欄

上記1の事業者が、池田市産後ケア事業を開始後は、利用者の病変その他の緊急時の対応に協力します。

年 月 日

協力医療機関

医療機関名

代表者氏名