

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。