

事業者概要

事業者名	
事業者所在地	(〒      -      )
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・産婦人科を標榜している病院または診療所の場合	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」の場合で過去の取り扱い実績等があれば、それについて記載してください。	有 (      ) 件  無 過去の取り扱い実績等  (      )

※ 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すること。

※ 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すること。