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。