

## 助産所開設届書

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 様

開設者住所 \_\_\_\_\_

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

開設者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)

電 話 ( ) -

次のとおり開設したので、医療法施行令第4条の2第1項に基づき届出します。

1 助産所の名称

2 助産所の所在地

TEL - - FAX - -

3 開設の年月日 令和 年 月 日

4 管理者の住所及び氏名

住 所

氏 名

5 業務に従事する助産師の氏名、業務日時

氏 名	業務日時

6 嘱託の状況 (嘱託した旨の書類を添付)

嘱託医師の氏名及び住所 (病院又は診療所)

氏 名 (名 称)

住 所 (所在地)

嘱託する病院又は診療所

名 称

所在地

※開設後、この届出書を10日以内に管轄健康福祉事務所 (保健所) あて提出すること。

(副本が必要な場合、2部提出すること。)