

福井県知事 西川 一誠 殿

## 開設者住所

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

## 開設者氏名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

印

## 助産所開設届書

下記のとおり助産所を開設したので、医療法第8条により届けます。

## 記

1. 名称	(Tel - )	
2. 所在地		
3. 開設年月日	平成 年 月 日	(平成 年 月 日開業予定)
4. 助産所の形態 (該当箇所をレでチェック)	分娩の取扱	<input type="checkbox"/> 分娩を取り扱う <input type="checkbox"/> 取り扱わない

## 5. 開設者の状況

開設者が現に他の助産所を開設若しくは管理し、又は病院、診療所若しくは助産所に勤務する者である場合	名称	
	所在地	
	診療時間	から まで
	両施設間の距離・所要時間	Km 片道 時間 分
本施設と同時に助産所を開設しようとする場合	名称	
	所在地	

## 6. 管理者

住所			
氏名		生年月日	年 月 日
免許登録年月日	年 月 日	番号	第 号

## 7. 助産師その他従業員の定員

助産師 名	その他 名	合計 名
-------	-------	------

## 8. 業務に従事する助産師の氏名、勤務の日及び勤務時間

氏名	勤務の日	勤務時間

9. 嘱託医師又は嘱託医療機関の住所及び氏名（名称）等（分娩を取り扱う場合）

住 所	
氏名（名称）	
診療科名	

8. 敷地面積	m <sup>2</sup>	敷地平面図および周囲の見取図	別添のとおり
---------	----------------	----------------	--------

9. 建物の構造概要

造 階建	建面積	m <sup>2</sup>	延面積	m <sup>2</sup>
ビルディングの一部を使用する場合	造 階建の中	階	室	m <sup>2</sup>
建物の平面図 別添のとおり				

11 各室の用途及び面積

室 名	面 積	用 途	室 名	面 積	用 途
	m <sup>2</sup>			m <sup>2</sup>	

12 入所定員	合計	室	床（	床室	室,	床室	室）
---------	----	---	----	----	----	----	----

添付書類

- 1 付近の見取図
- 2 建物の平面図
- 3 管理者の助産師免許証の写し（※）及び履歴書  
（※）については、原本照合を行うため原本も持参のこと。
- 4 業務に従事する助産師の助産師免許証の写し（※）
- 5 嘱託医師又は嘱託医療機関の契約書等の写し