

平成 年 月 日

福井県知事 西川 一誠 殿

開設者住所

開設者氏名

㊞

助産所開設届(出張用)

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	(電話 -)
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. 開設者

開設者が現に他の助産所を開設している場合	名称	
	所在地	
開設者が現に医療機関に勤務している場合	名称	
	所在地	

5. 管理者

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

6. 従業員定員

職種	定員	職種	定員	職種	定員
助産師	名		名		名

7. 保健指導

保健指導の内容	
---------	--

※添付書類 管理者の免許証の写しおよび履歴書、業務に従事する助産師の免許証の写し、誓約書

誓約書

平成 年 月 日

福井県知事 西川 一誠 殿

開設者住所

開設者氏名

印

助産所を開設するにあたり、本件については 出張業務のみとし 開設者住所地での助産業務は行わないことを誓約いたします。