別記様式第９号の２（規格Ａ４）（第４条関係）（その１）

助産所開設後届

 年　　月　　日

 群馬県知事 あて

　開設者　〒

住所（）

氏名（）

電話番号

　医療法施行令第４条の２第１項の規定により、助産所の開設を下記のとおり届け出ます。

記

　１　名称

|  |
| --- |
|  |

　２ 所在地

|  |
| --- |
|  〒 電話（　　　）　　　－　　　　番 |

　３ 開設許可に係る年月日及び番号

|  |
| --- |
|  　　　　　　　　年　　月　　日（群馬県指令　　第　　　　号） |

　４　開設年月日

|  |
| --- |
|  　　　　　年　　月　　日 |

５　管理者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 免許等 | 登録年月日 |  | 登録番号 |  |

 　　　　注 管理者は、他の医療機関の管理者でない者でなければならないこと（ただし、許可を受けた

者を除く。）。

（その２）

　６ 嘱託医師等　（１）又は（２）のいずれかに記載すること。

（１）嘱託医師の住所及び氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 氏名 |  嘱託年月日 |  免許登録年月日 |  登 録 地 ･ 番 号 |
|  |  |  |  |  |

（２）嘱託医師の勤務する病院又は診療所の所在地及び名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 | 名称 |  嘱託年月日 |
|  |  |  |

７　嘱託医療機関の所在地及び名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所在地 | 名称 |  嘱託年月日 |
|  |  |  |

　８ 業務に従事する助産師の氏名、勤務日、勤務時間等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 免許 | 就　職年月日 | 常勤・非常勤の　別 | １週間の勤務日・勤務時間 | 常　勤換算数 |
| 登録年月日 | 登録番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |

　９ その他従業員名簿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 氏名 | 免許 | 就　職年月日 | 常勤・非常勤の　別 | １週間の勤務時間 | 常　勤換算数 |
| 登録年月日 | 登録番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注 １)　前掲６及び８記載の医師及び助産師を除く従業員について記載すること。

 　 ２)　免許登録年月日及び登録番号の欄については、免許の必要な職種についてのみ記載

すること。

　10 医療安全対策指針の整備、院内感染対策指針等の策定の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 医療安全管理指針（医療法施行規則第１条の１１第１項第１号） | 有　・　無 |
| 院内感染対策指針（医療法施行規則第１条の１１第２項第１号） | 有　・　無 |
| 医薬品業務手順書（医療法施行規則第１条の１１第２項第２号） | 有　・　無 |
| 医療機器保守点検計画（医療法施行規則第１条の１１第２項第３号） | 有　・　無 |

（その３）

11　開所日及び開所時間

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 午前 | 午後 | 夜間 |
| 月 |  |  |  |
| 火 |  |  |  |
| 水 |  |  |  |
| 木 |  |  |  |
| 金 |  |  |  |
| 土 |  |  |  |
| 日 |  |  |  |
| 休業日 |  |
| 備考 |  |

　12　添付書類

　（１）管理者の免許証の写し

　　　　　原本の提示があった場合には、添付不要。

 （２）嘱託医師及び嘱託医療機関との嘱託関係を証する書面

（３）管理者以外の従業員の免許証の写し

原本の提示があった場合には、添付不要。