明助　様式第４号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人等の助産師以外の者が開設する場合）

**助産所開設届**

　　　　年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 － － （担当：　　　）

次のとおり開設したので、医療法施行令第４条の２第１項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | | |
| ２　助産所の所在地 | 〒　　　-  TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　- | | |
| ３　管理者 | 住所  氏名  助産師籍　第　　　　　　　　号　　　　　　　年　　　月　　　日登録 | | |
| 再教育修了登録証　無・有(登録　　　　　　　年　　　　月　　　　日) | | |
| ４　業務に従事する助産師  （管理者も含む） | | 氏　名 | 勤務時間及び曜日 |
|  |  |
|  |  |
| ５　分娩を取り扱う場合　（(1)または(2)に嘱託した旨の書類を添付すること） | | | |
| (1)医師に嘱託した場合　（医師は産科医または産婦人科医であること。） | | | |
| 氏　名  住　所  勤務先 | | | |
| ※嘱託医師による対応が困難な場合のために、嘱託する病院又は診療所  名　称  所在地  診療科目・病床数 | | | |
| (2)病院または診療所に嘱託した場合（産科または産婦人科を有していること） | | | |
| 名　称  所在地  診療科目・病床数 | | | |

〔提出数〕2部（1部申請者控え）　　　　〔提出日〕開設後10日以内

〔添付書類〕開設許可申請時から変更がなければ省略可

□管理者となる助産師の履歴書、免許証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

□従事する助産師の免許証の写し（Ａ４サイズ）

□再教育研修修了登録証の写し（該当者のみ　Ａ４サイズ　原本照合が必要）

□定款、寄附行為、条例の写し（開設者が法人等の場合）

＜分娩を取り扱う場合＞

□医師又は医療機関に嘱託した旨の書類（契約書・合意書の写し等）

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

|  |
| --- |
|  |

生年月日　　　　　　年　　月　　日生

免許証登録番号　第　　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

再教育研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（大学卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 賞罰 |  |