

### 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)

(ふりがな)  
開設者氏名 \_\_\_\_\_  
(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	助産所の名称		
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)

