



助産所開設届 (個人開設)

年 月 日

藤沢市保健所長

〒 -

住所

開設者 ふりがな 氏名

電話 ()

次のとおり届け出ます。

1 助産所 <input type="checkbox"/> 出張のみ	ふりがな 名称			
	開設場所	〒 -	神奈川県藤沢市	
	電話番号 FAX番号 Eメール	()	()	@
2 開設年月日	年 月 日			
3 開設者	現に助産所を <input type="checkbox"/> 開設 <input type="checkbox"/> 管理 している場合 または <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 助産所に 勤務している場合	名称		
		所在地		
	同時に他の助産 所を開設しよう としている場合	名称		
		所在地		
免許証	登録番号	第	号	
	登録年月日	年	月	日

4 業務に従事する助産師

氏名	助産師免許		勤務の日	勤務時間
	免許証番号	登録年月日		
	第 号	・ ・		～
	第 号	・ ・		～
	第 号	・ ・		～
	第 号	・ ・		～
	第 号	・ ・		～

(裏面へ続く)

以下、保健所使用欄

標記のとおり届出があったため、受理するものです。

施行番号 : 202 - 005 -
施設番号 :

起案 年月日	所長	副所長	課長	主幹	課長補佐	主査	担当	起案者
決裁 年月日								

(裏)

5 管理者 □開設者と同じ	住 所	〒 ー		
	ふりがな 氏 名			
	電話番号	()		
	免 許 証	登録番号	第	号
登録年月日		年	月 日	
6 敷 地	面 積	m ²		
	平面図	□ 別添のとおり		
7 建 物	構造概要	造 地上 階 地下 階の 階		
		助産所床面積	m ²	□ 自己所有 □ 賃貸借等
	平面図	□ 別添のとおり (ビル等の場合、入口階及び診療所開設階)		
	各室の用途	室名称	室面積	入所定員
			m ²	人
			m ²	人
			m ²	人
			m ²	人
			m ²	人

合計 人

8 定 員	従業者の職種		定員
	助 産 師		人
	そ の 他		人
			人

合計 人

9 嘱託医師等 (分娩を取り扱う場合)

嘱託医師 (もしくは産科・産婦人科を有する病院・診療所の担当医師のいずれかが対応)	住 所	
	氏名又は名称	
嘱託する病院又は診療所	住所 (所在地)	
	名 称	

(添付書類)

- ・ 嘱託医師 (病院・診療所) となる旨の承諾書及び免許証の写し
- ・ 開設者の助産師免許証及び履歴書 (原本持参)
- ・ 業務に従事する助産師の免許証 (開設者もしくは管理者による原本照合可) 及び履歴書

(備考)

- ・ 出張のみによってその業務に従事する助産師については、6 から 8 までに掲げる事項の記載を省略することができます