

助産所開設許可申請書

(宛先)
広島市保健所長

〒
開設者住所 _____
(電話)

氏名 _____
(法人にあっては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名)

助産所の開設について、医療法第7条第1項の規定により申請します。

名 称				
開 設 の 場 所	〒 広島市 区			
	(電話)	(FAX)	(E-mail)	
従 業 員 の 定 員	助 産 師	名	その他の従業者	名
敷 地 面 積	m ²			
建物の構造概要	造 階建 (階)			
助産所の面積	m ²			
開設予定年月	年 月			

以下は入所施設がある場合のみ記入してください。

給 食 施 設	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
分 娩 室	m ²		新生児入浴施設	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
階 段	屋内直通階段	箇所		避難階段	箇所		
入 所 室	階別	室 名	1 室 の 床 面 積 (m ²)	1 室 の 入 所 定 員 (人)	1 人 当 た り の 床 面 積 (m ²)	1 室 の 採 光 面 積 (m ²)	1 室 の 換 気 面 積 (m ²)
消火用の機械又は器具の概要							
担当者所属・氏名等	(電話)						

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

(添付書類)

- 敷地の平面図及び建物の平面図(各室の用途、入所室においては室名、入所定員を明示したもの)
- 開設者が法人であるときは定款、寄附行為又は条例

◎ここから下には記入しないでください。

(書類審査)

受付印	審査年月日	審査者	許可年月日	特記事項			
	施設基準等 適・否		指令番号 広島市指令保環特第 号				
	(受付)		(伺い)				
	係	専門員	係	係長	課長	照合	公印