

様式第2（第2条関係）

助産所開設許可申請書

年　月　日

豊橋市保健所長様

申請者　住　所

ふりがな
氏　名

(法人にあっては、名称及び代表者氏名)

電話番号

次のとおり助産所を開設したいので、医療法第7条第1項の規定により申請します。

1　名称等

助産所の名称	TEL ()
開設の場所	〒

2　従業者の定員

助産師	その他	計

※ 助産所を運営するために必要となる従業員の数（最小数）を記入してください。

3　敷地の状況

面積	m ²
平面図	別添のとおり。（方位、縮尺を明記すること）

4　建物の構造概要（附属建物を含む。）

建物（棟）別	構造概要	延べ床面積	助産所部分延べ床面積
	造　階建	m ²	m ²
	造　階建		
	造　階建		
計			

平 面 図	別添のとおり。(方位、縮尺、各室の名称、用途、面積等を明記すること)				
配 置 図	別添のとおり。(方位、縮尺を明記すること)				
建 築 確 認	建築確認済み(番号 検査済み(番号	、	年 月 日)	年 月 日)	・ 手続中

5 分べん室及び新生児入浴施設

分べん室	面 積	構造設備の概要	もく浴室	面 積	構造設備の概要
	m ²			m ²	

6 以下の施設の有無

給 食 施 設	有・無	消 火 用 機 械 器 具	有・無
計 量 器 具	有・無		

7 入所室を有するときは、各室の入所定員等

入所定員計			母子・室数			室					
室番号	入所定員	床面積	1母子当たりの床面積	採光面積	直 接 外 気 積 ※ 開 放 面 積	室番号	入所定員	床面積	1母子当たりの床面積	採光面積	直 接 外 気 積 ※ 開 放 面 積
	母子	m ²	m ²	m ²	m ²		母子	m ²	m ²	m ²	m ²

※機械換気設備により換気する場合は、その旨を記入してください。

8 開設者が法人であるとき

定款、寄附行為又は条例の写し	別添のとおり。
----------------	---------

9 開設予定年月日

年	月	日
---	---	---