

様式第7（第2条関係）

助産所開設届

年 月 日

豊橋市保健所長 様

届出者 住 所

ふりがな

氏 名

電話番号

次のとおり助産所を開設したので、医療法第8条第1項の規定により届け出ます。

1 名称等

助産所の名称		TEL ()
開設の場所	〒	
開設年月日	年 月 日	

2 開設者が次の事項に該当するときは、その施設の名称及び開設の場所

	名 称	開 設 の 場 所
現在他に助産所を開設しているとき (しようとしているとき)		
現在他の助産所を管理しているとき		
現在他の病院、診療所若しくは助産所に勤務しているとき		

3 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（最少数）を記入してください。

4 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）	
周囲の見取図		

5 建物の構造概要（附属建物を含む）

建 物（棟）別	構 造 概 要	建 物 延 べ 床 面 積		診 療 所 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 、年 月 日） 検査済み（番号 、年 月 日） ・ 手続中

6 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	入 浴 施 設	面 積	構造設備の概要
	m ²			m ²	

7 次の施設の有無

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

8 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					
室 番号	入所 定員	床 面積	1 母子当 たりの 積 面 積	採光 面積	直 接 外 気 ※ 開 放 面 積	室 番号	入所 定員	床 面積	1 母子当 たりの 積 面 積	採光 面積	直 接 外 気 ※ 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。

9 管理者

氏 名	
住 所	

10 業務に従事する助産師

氏 名	勤 務 の 日	勤 務 時 間	備考(他の病院、診療所又は助産所での勤務の有無)
(管理者)			

※助産師免許証の写し（開設者又は管理者による原本証明を受けたもの）を添付してください。

11 分娩を取り扱う助産所については、嘱託医師及び嘱託した病院又は診療所

嘱託医師の氏名（又は嘱託病院若しくは診療所の名称）	嘱託医師の住所（又は嘱託病院若しくは診療所の所在地）

※医師等に嘱託した旨の書類を添付してください。

嘱託医師による対応が困難な場合の嘱託病院又は診療所の名称	嘱託病院又は診療所の所在地

※病院又は診療所に嘱託した旨の書類を添付してください。