（様式第6号①）

**母体保護法設備指定申請書**

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所属医師会名(本会会員のみ記入)氏　　　名 | 医師会 |

1．医療施設名：

2．所在地：〒

電話：

3．管理者氏名：

4．指定医師指定番号：０６－　　　　　－　　　　　－

(指定医師番号がある場合は記入してください。)

5．診療科目：産、婦、内、外、小、精、神、整、眼、耳、皮、麻、放、泌、

その他（　　　　　　　　　　　　　)

病床数：　　　室　　　床

6．産婦人科施設：分娩室(有・無)、手術室(有・無)、回復室(有・無)

7．産婦人科設備：手術台(有・無)、麻酔器(有・無)、蘇生器具(有・無)

呼吸心拍監視装置(有・無)、転送電話(有・無)、携帯電話(有・無)

8．従事者数： 医　　師　　名、助産師　　名、看護師　　名、

(医療施設全体) 准看護師　　名、当直医　　名、看護補助者　　名

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。尚、医療施設の平面図を貼付して下さい。