

(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)

医師会

氏 名

㊟

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 : 0 6 — — —
(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。