

様式 3

事業者概要

年 月 日

事業者名	
区分	医療機関・助産所・その他()
施設所在地	
代表者名	
設立年月日	
産科・婦人科・小児科を 標榜している病院また は診療所の場合	雇用する医師： 名（うち非常勤 名） （内訳） ・産婦人科医： 名（うち非常勤 名） ・小児科医： 名（うち非常勤 名）
連絡先	電話 F A X
施設での分娩の 取り扱いの有無	分娩の取り扱い 有：（昨年度件数 件） 無

代表者名：法人が開設している場合は、法人の代表者名を記載すること