

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	
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