

(様式6)

## 母体保護法設備指定申請書

所属医師会名

氏 名

印

1. 医療施設名；

2. 所在地；〒

電 話；

3. 管理者氏名；

印

4. 指定医指定番号；08－ － －

(指定医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）

7. 産婦人科設備；分娩台としての機能を持った手術台（有・無）、麻酔器（有・無）

蘇生器具（有・無）、呼吸心拍監視装置（有・無）

24時間対応の設備【転送電話（有・無）、携帯電話（有・無）、その他（ ）】

8. 従事者数；医師 名、看護師 名、助産師 名、准看護師 名

(医療施設全体) 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。