（様式６）

母体保護法設備指定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

京都府医師会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　 　医療施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　 　管理者名　　　　　　 　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　　　　　　電話（　　　）　　　　－ |
| 指定医師氏名  指定医師指定番号  申請中 | 印  　　０２６－　　 　－  　　※指定医が２名以上の場合は主たる人のみ記入のこと。  （他府県で取得していた人は下記に府県名・指定番号）  　　　　　　　都・道・府・県 |
| 診療科目 | 産、婦、内、外、小、精、神、整、眼、耳、皮、麻、放、泌、  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 産婦人科施設 | 分娩室（有・無）、手術室（有・無）、回復室（有・無） |
| 病床数 | 無床　・　有床（総病床数　　　　床）（産婦人科病床　　　室　　床） |
| 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）、  転送電話（有・無）、携帯電話（有・無） |
| 従事者数  （医療施設全体） | 医師　　　名、助産師　　　名、看護師　　　名、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該当項目を○で囲んでください。

　医療施設の平面図を添付してください。