

令和 年 月 日

事業者概要

事業者名			
施設所在地 ※ホームページ表示用	(〒 -)		
施設区分			
短期入所型又は通所型を実施する場合に利用可能なベッド数			
代表者名			
設立年月日			
連絡先	電話		FAX
産科・婦人科を標榜している 病院または診療所の場合	雇用する医師		: うち非常勤 名
	うち		
	・産婦人科医	名	: うち非常勤 名
	・小児科医	名	: うち非常勤 名
・施設での分娩の取り扱いの有無 ※有の場合、昨年度の取り扱い件数。無の場合、過去の取り扱いがあれば、それについて記載	分娩の取り扱い		
	有	(昨年度件数:)	件)
	無	(過去の実績:)	件)
・府内市町村産後ケア事業受託実績 ※令和7年度における受託実績をお答えください。有の場合受託市町村名を全て記載してください。	有	受託市町村名:	和泉市
	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