

(様式6)

母体保護法設備指定申請書

大阪府医師会 長 殿

所属地区医師会名：〇〇医師会（未入会の場合は空欄）

申請者氏名：大阪 太郎



大阪府医師会母体保護法指定医師の指定基準第7項により次の通り申請いたします。

申請種別	1. 新規指定申請 2. 勤務先変更 3. 組織変更等※（名称・設備変更、法人開設等） ※設備指定変更届を添付してください。	令和 〇年 〇月 〇日付
医療施設名称	〇〇会〇〇病院	法人名を含め名称を正確にご記入ください
施設所在地	〒5〇〇-〇〇〇〇 大阪府〇市〇区〇… 電話：06-0000-… F A X：06-0000-…	
開設者	（法人の場合は①法人名及び②その代表者を記載） 開設者名	
医療法上の管理医師名	医療法上の管理医師名	
申請者の所属診療科	所属診療科	
標榜科目	産、婦、産婦、内、小、外、脳外、精、麻、放、泌 その他（〇〇科）	
病床数	1. 無床 2. 有床（総病床数 〇床）（産婦人科病床数 〇床）	
産婦人科施設	分娩室（有・無）、手術室（有・無）、回復室（有・無）	
産婦人科設備・体制	①手術台ないしは手術に対応しうる内診台（有・無） ②麻酔器（有・無） ③蘇生器具（有・無） ④呼吸心拍監視装置（有・無） ⑤常時回復室を観察しうる体制（有・無） ⑥転送電話、携帯電話等で24時間患者からの連絡に対応しうる体制（有・無）	
連携施設	名称：〇〇病院 所在地：大阪府〇市〇区…	
開設許可年月日等	〇〇年 〇月 〇日 第 〇〇〇号	
構造設備使用許可年月日等	〇〇年 〇月 〇日 第 〇〇〇号	
産婦人科常勤従事者	医師 〇名、看護師 〇名、助産師 〇名 准看護師 〇名、看護補助者 〇名	
産婦人科非常勤従事者	医師 〇名、看護師 〇名、助産師 〇名 准看護師 〇名、看護補助者 〇名	

(注) 必要事項を記入もしくは○を付してください。医療施設の平面図を添付してください。

令和 〇年 〇月 〇日

医療法上の：
管理医師確認欄

管理医師名

〔 令和 年 月 日 〕
医師会経由 ㊟