

第1章 医療法

1 - (3) 助産所開設許可申請

| | |
|--------|--|
| 1 事 案 | 助産師でない者が助産所を開設する場合 |
| 2 根拠法令 | 法7条1項、則2条 |
| 3 提出宛名 | 知事（保健所長経由） |
| 4 提出部数 | 2部 |
| 5 添付書類 | <p>(1) (分娩を取扱う場合) 嘱託医師の承諾書及び免許証の写*1（法19条の規定による）（医師資格証の写しは不可）</p> <p>(2) (分娩を取扱う場合) 嘱託医療機関の承諾書（法19条の規定による） 上記(1)及び(2)は申請時点において未定の場合は添付不要。</p> <p>(3) 定員に記載された医療従事者の免許証写*1</p> <p>(4) 敷地の面積及び平面図（敷地面積がわかる求積図又は登記簿の写）</p> <p>(5) 敷地周囲の見取図（敷地がわかるもの及び位置図）</p> <p>(6) 建物の構造概要及び平面図*3</p> <p>(7) (開設者が県外法人の場合) 定款（又は寄附行為）及び法人登記履歴事項全部証明書（写）</p> <p>(8) (開設者が地方公共団体の場合) 条例</p> <p>*1：原本照合 免許証原本を持参し保健所で原本照合を行うか、原本と相違ない旨・原本照合日・法人理事長等氏名を記載した免許の写しを提出する。</p> <p>*2：建物の平面図には、各室の名称、内法面積、妊・産婦又はじょく婦の収容定員を明示する。</p> |
| 6 事務処理 | 收受 - 起案 - 決裁 - 進達（許可後台帳作成） |
| 7 手数料 | 県証紙 11,000円 |
| 8 審査要領 | <p>(1) 申請書の誤記・記入もれ、添付書類の不備、手数料の過不足・不正使用はないか。</p> <p>(2) 建物の構造は則17条の構造設備基準に適合しているか。</p> <p>(3) 妊・産婦又はじょく婦の収容定員は、法第2条第2項（9床）の規定を満たしているか。</p> <p>(4) 助産所の管理者は法11条の規定による助産師か。</p> <p>(5) 定員に記載された従業員の有資格者と免許証写は相違ないか。</p> <p>(6) 嘱託医師は則15条の2の規定により病院又は診療所で産科又は産婦人科を担当する医師か。</p> <p>(7) 嘱託医師が対応困難な場合のための嘱託医療機関は、則15条の2の規定により産科又は産婦人科及び小児科を有し、かつ、新生児への診療を行うことができる有床医療機関であるか。</p> <p>* 管理者氏名・住所は開設許可の法定項目でないため、11欄で予定者の確認のみ行う。</p> |
| 9 備考 | <p>・ 審査要領の(8)について、同一の病院・診療所で産科又は産婦人科と小児科を有する必要はなく、別々の病院・診療所に嘱託する場合でもよい。</p> |

助産所開設許可申請書

年 月 日

長崎県知事

様

住 所 〒 TEL

(法人であるときは、主たる事務所の所在地)

(フリガナ)

開 設 者 氏 名

(法人であるときは、名称及び代表者の氏名)

下記により助産所を開設したいので、医療法第7条第1項及び同法施行規則第2条の規定に基づき申請します。

記

| | | | |
|--|-------------------------------|---------|------------------|
| 1 名 称 | (分娩取扱 : 有 ・ 無) | | |
| 2 開設の場所 | | | |
| 3 開設の目的 及び維持の方法 | | | |
| 4 従業者の定員 | 助 産 師 | 名 | |
| | そ の 他 | 名 | |
| | 計 | 名 | |
| 5 敷地面積及び平面図 | m ² (平面図、別添のとおり) | | |
| 6 敷地周囲の見取図 | (見取図、別添のとおり) | | |
| 7 建物の構造概要 及び平面図 | 造 | | 階建 |
| | | | 計 m ² |
| 8 開設の予定年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 9 管理者の氏名 | | | |
| 10 嘱託医師 (分べん取扱い有の場合のみ。 未定の場合は記入不要) | 住 所 | | |
| | 氏 名 | | |
| | 免 許 | 年 月 日 第 | 号 |
| 11 嘱託医療機関 (分べん取扱い有の場合のみ。 未定の場合は記入不要) | 名 称 | | |
| | 住 所 | | |

助産所嘱託医承諾書

助産所の名称

所在地

開設者の氏名

上記、

助産所の嘱託医となることを承諾します。

年 月 日

住所

(嘱託医師)

氏名

診療科名

(様式 1-(3))

助産所嘱託医療機関承諾書

助産所の名称

所在地

開設者の氏名

上記、

助産所の嘱託医療機関となることを承諾します。

年 月 日

(嘱託医療機関)

住 所

名 称