（様式　7）

母体保護法設備指定原簿

1.	医療施設名	
2.	所在地	〒 TEL（　　）　　－
3.	管理者氏名	
4.	指定医指定番号	００９－　　－　　－ （指定医番号がある場合は記入して下さい。）
5.	診療科目	産科、婦人科、産婦人科、内科、外科、小児科、精神科、 神経科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、麻酔科、 放射線科、泌尿器科、その他（　　）
		産婦人科の病床数：　　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） 麻酔器又は蘇生器具（有・無） 呼吸心拍監視装置又はパルスオキシメーター（有・無） 24時間対応の転送電話又は携帯電話（有・無）
8.	産婦人科施設に関わる従事者数	医師　　名、看護師　　名、助産師　　名、 准看護師　　名、当直医　　名、看護補助者　　名

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

医療施設住所：〒

医療施設名：

開設者氏名：　　印

栃木県医師会長　　様

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。