



(裏)

7 業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時				
氏名	勤務日時	免許証番号及び登録年月日	保健所担当者確認欄	
8 嘱託医師の住所及び氏名（助産所に限る。）				
住所				
氏名				
免許証番号及び登録年月日	第 号 年 月 日	保健所担当者確認欄 (注を参照すること。)		
9 医療従事者(薬剤師、看護師、准看護師、診療放射線(エックス線)技師等)				
職種	氏名	免許証番号	登録年月日	保健所担当者 確認欄
10 その他の従業者				
事務員	看護補助者	その他		計
名				名
11 添付書類				
(1) 管理者の免許証の写し及び職歴書				
(2) 診療に従事する医師又は歯科医師の免許証の写し				
(3) 業務に従事する助産師の免許証の写し				
(4) 嘱託医師となる旨の承諾書及び免許証の写し（助産所に限る。）				
(5) 医療従事者の免許証の写し				
(注) 保健所窓口にて医師の本人確認（運転免許証等にて）と医師免許証の本証確認を行います。管理者の医師が窓口に来られない場合はご相談ください。				