第15号様式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指 定 養 育 医 療 機 関 申 請 書 | | | |
| 1 | 病院又は診療所名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 2 | 開設者氏名 |  | |
| 住所 |  | |
| 3 | 標榜している診療科名 |  | |
| 4 | 養育医療を主として  担当する医師の氏名  及び履歴 | 氏名 | 医籍番号： |
| 履歴 | ※別紙履歴書のとおり。 |
| 5 | 養育医療を行うために  必要な施設及び設備の  概要並びに輸送  ※施設の見取図を添付すること。 | 独立した未熟児室　　　　　　　有　　　無  　新生児室　　　　　　　　　　　有　　　無  　酸素吸入装置　　　　　　　　　有　　　無  　保育器（メーカー名　　　　　　型　　　台）  　搬送用保育器　　　　　　　　　有　　　無  救急車又は輸送するに足る自動車　有　　　無  　　　　　　　　有の場合　　救急用　　その他 | |
| 6 | 養育医療の収容定員 | 人（保育器の数） | |
| 7 | 医療関係者数 | 医師　　　　人　　　看護師　　　　　人  　　　　　　　　　　准看護師　　　　人  助産師　　　人　　　その他　　　　　人 | |
| 8 | 患者の収容定員 | 人（ベッド数） | |
| 母子保健法第２０条第５項の規定により、養育医療機関の指定を受けたいので申請します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  那　覇　市　長　様 | | | |