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 |