

## 母体保護法指定設備変更申請書

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地  
TEL  
医療施設名  
指定施設番号  
管理者名  
申請者氏名  
指定医師指定番号  
所属医師会

㊟

平成 年 月 日母体保護法第14条に定める指定医師の指定を受けましたが、

1. 施設移転      2. 病院⇔診療所      3. 施設内の設備  
4. 従事施設  
(該当事由に○を記入)

について変更が生じたので、一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第7条第3項の定めに基づき、指定の変更を受けたく、下記書類に指定審査料3,000円也を添えて申請します。

### 記

1. 旧指定証書 1通  
2. 施設内の設備を変更した場合には、医療施設の平面見取図 1通  
3. 変更点及び理由をご記入ください。

様式第7号（規程第7条の2第1項関係）

## 医療施設の設備指定申請書

平成 年 月 日

所在地

TEL

医療施設名

管理者名

氏名

印

指定医師指定番号

診療科目

従事する医療施設について指定を受けたく、一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第7条の2第1項の規定に基づき申請します。

### 記

1. 入院設備 ※ ○で囲んでください。

有 ( 床)

無 (※「連携施設届出書」(様式第8号)を添付すること)

2. 産婦人科施設

分娩室 ( 有 ・ 無 )

手術・処置室 ( 有 ・ 無 )

回復室 ( 有 ・ 無 )

3. 産婦人科設備

手術台 ( 有 ・ 無 )

酸素吸入設備 ( 有 ・ 無 )

蘇生器具 ( 有 ・ 無 )

呼吸心拍監視装置 ( 有 ・ 無 )

転送電話 ( 有 ・ 無 )

携帯電話 ( 有 ・ 無 )

4. 従事者数

医師	看護師	助産師	准看護師
人	人	人	人

(医療施設全体)

当直医	看護師
人	人

必要事項を記入するか、○で囲んでください。  
なお、医療施設の平面見取図を添付してください。

様式第8号（規程第7条の2第1項第2号、第14条関係）

## 連携施設届出書

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地

医療施設名

代表者名



本施設は、下記の医療施設に関し一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程に基づく連携施設であることを届け出ます。

記

医療施設名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

※ 申請者の医療施設が入院設備を有しない場合又は研修機関の要件を満たさない場合は、必ず届け出ること。