（様式第２号）

事業者概要書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | | | |
| 区分 | 医療機関（産科・婦人科／小児科） ・　助産所  上記以外の事業者（事業者種別：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 本社所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | |
| 受託先所在地 （本社と異なる場合） | （〒　　　－　　　　） | | | |
| 代表者名 |  | | | |
| 設立年月日 |  | | | |
| 連絡先 | 電話 |  | FAX |  |
| 従業員数 |  | | | |
| 産後ケア事業を  実施する者  （実施担当者） | ☐　助産師　　　　人　（うち保健師を兼ねる者　　　人）  ☐　保健師　　　　人  ☐　看護師　　　　人　（助産師・保健師を兼ねている者を除く）  ☐　心理に関しての知識を有する者　　　人  （資格等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ☐　育児に関するサポート等に必要な者　　　　人  （資格等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ☐　その他（具体的に記載） | | | |
| 主な事業内容 |  | | | |