

## 事業者概要

(ふりがな) 事業者名	( )
所在地	(〒 )
設立年月日	年 月 日
代表者名	役職 氏名
従業員数	名 (うち、医師 名、看護師 名、 助産師 名、保健師 名)
担当者氏名	
連絡先	電話： FAX： E-mail：
理念、活動目的等	
施設での分娩の取り扱いの有無	有 ⇒ ( ) 件 無
ベッド数	( ) 床
事業の主な特色・実績等	

※事業者の規約、会則、定款等組織上のルールを記したもの、直近年度の事業者の収支を記したもの、他自治体と類似事業について契約の実績がある場合、それを示すものを、添付してください。