

京都市スマイルママ・ホッと事業実施事業所指定申請書

年 月 日

(宛先) 京都市長

所在地
 名称
 代表者
 電話番号

京都市スマイルママ・ホッと事業実施要綱第4条の規程により、京都市スマイルママ・ホッと事業実施事業所の指定について申請します。

指定希望日		年 月 日												
施設情報	<input type="checkbox"/> 病院、診療所（診療科： ） （分娩取扱い： あり ・ なし ） <input type="checkbox"/> 助産所（分娩取扱い： あり ・ なし ） <input type="checkbox"/> 上記以外の施設（施設種別： ）													
	名称													
	所在地													
	実施希望		1か月未満	2か月未満	3か月未満	4か月未満	5か月未満	6か月未満	7か月未満	8か月未満	9か月未満	10か月未満	11か月未満	12か月未満
		SS												
DC														
※ SS：ショートステイ / DC：デイケア ※ 対応可能な月齢に○をつけてください														
構造設備	敷地面積	平方メートル												
	建物	建築面積	平方メートル											
		延べ面積	平方メートル (うち、本事業実施区画の面積 平方メートル)											
		構造	造 階 棟											
		建築年数	年 (耐震工事 年に済み)											
	居室(客室)	居室数 (客室数)	室 (うち、本事業利用者の居室 室)											
本事業利用者の居室面積		平方メートル												
実施体制	管理者	氏名												
		職種												
		連絡先												

実施体制	サービス提供者	人数	保健師 人 助産師 人 看護師 人 その他 人（職種：)
連携医療機関	<p>【3か月未満の受入】（産婦人科との連携が望ましい）</p> <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> その他（) <p>【3か月以降の受入】（小児科との連携が望ましい）</p> <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> その他（)		
備考			

（添付書類）

- ・ 施設平面図
 - ※ 当事業を実施する区画及び職員の居室と利用者の居室の別がわかるもの
- ・ 宿泊施設で実施する場合、旅館業の許可書（写）
- ・ 医療法に定める病院、診療所及び助産所以外で実施する場合、サービス提供者の資格証明書（写）（例：看護師免許の写し等）