## 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3条第2項の規程により、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	<u> </u>					
施設情報	□ 病院、診療所(診 (分 □ 助産所(分娩取扱 □ 上記以外の施設				娩取扱い: あり ・ なし ) い: あり ・ なし )									
	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												
		<ul><li>※ SS:ショートステイ / DC:デイケア</li><li>※ 対応可能な月齢に○をつけてください</li></ul>												
構造設備	敷地 面積	平方メートル										ートル		
	建物	建築i	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	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			字室								本	方メー	ートル
実施体制			氏名											
	管理者		職種											
			連絡	先										

実			保健師	人			
施	サービス	1 <del>*/-</del>	助産師	人			
体	提供者	人数	看護師	人			
制			その他	人	(職種:		)
連	【3か月未満	の受入】	(産婦人科と	の連携が望	厚ましい)		
携	□ 自院						
医	□ その他(	(				)	
療	【3か月以降	の受入】	(小児科との)	連携が望る	ましい)		
機	□ 自院						
関	□ 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)