

(裏)

8 業務に従事する助産師の氏名及び勤務日時				
氏名	勤務日時	免許証番号及び登録年月日	確認欄	
9 嘱託する医師及び病院又は診療所（助産所に限る。）				
嘱託医師	住所	電話番号（ ）		
	氏名又は名称			
	臨床研修等修了登録年月日	年 月 日	確認欄	
	免許証番号及び登録年月日	第 号 年 月 日	確認欄	
嘱託医療機関	住所	電話番号（ ）		
	名称			
10 医療従事者（薬剤師、看護師、准看護師、診療放射線技師等）				
職種	氏名	免許証番号	登録年月日	確認欄
11 その他の従業者				
事務員	看護補助者	その他	計	
名				名
12 添付書類				
<p>(1) 管理者の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し並びに職歴書</p> <p>(2) 診療に従事する医師又は歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し</p> <p>(3) 業務に従事する助産師の免許証の写し</p> <p>(4) 嘱託する医師の臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写し（助産所に限る。）</p> <p>(5) 嘱託した旨の書類（嘱託医師及び嘱託医療機関。助産所に限る。）</p> <p>(注1) 管理者については、臨床研修等修了登録証及び免許証の本証を提示すること。</p> <p>(注2) 上記の添付書類のほか、内容確認のため、追加書類を求める場合がある。</p>				