

様式第1号

令和 年 月 日

(申請先) 茨 木 市 長

(申請者)

所在地 _____

事業者名称 _____

代表者氏名 _____

印

茨木市産後ケア事業委託事業者申請書

茨木市産後ケア事業（宿泊型）委託事業者として応募したいので、必要書類を添付して申請します。

担当者氏名及び連絡先	担当部署 担当者氏名 電話番号 E-mail
------------	---------------------------------

様式第2号

令和 年 月 日

(あて先) 茨 木 市 長

(申請者)

事業者の所在地

事業者名称

代表者氏名

印

茨木市産後ケア事業委託事業者申請にかかる誓約書

茨木市産後ケア事業（宿泊型）委託事業者への応募申請を行うにあたり、茨木市産後ケア事業（宿泊型）委託事業者募集要項に定める応募資格をすべて満たしており、添付書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

事業者概要

事業者名			
事業者所在地	(〒 -)		
代表者名			
設立年月日	(和暦) 年 月 日		
連絡先	電話 番号	FAX 番号	
産科・産婦人科を 標榜している病院 又は診療所の場合	雇用する医師 人（うち非常勤 人） うち ・産婦人科医 人（うち非常勤 人） ・小児科医 人（うち非常勤 人）		
施設での分娩の 取扱いの有無 ※「有」の場合は 昨年度の取り扱い 件数を記載してく ださい。 ※「無」の場合で 過去の取り扱い実 績等があればそれ について記載して ください。	有（ ）件 無 過去の取り扱い実績等 ()		

※ 代表者名：法人が開設している場合は、法人の代表者名を記載すること。

※ 分娩の取り扱い実績について、取り扱い件数等が確認できるものを添付すること。

様式第4号

産後ケア類似事業の実績

事業名	
事業の実施時期	
事業の実施場所	
事業概要	
年間利用者数 (参加者数など)	実人数 人、延人数 人

※ 事業に係る実績報告書を作成している場合は添付すること。

様式第5号

事業実施の基本計画書

施設名称 (仮称でも可)	
開設予定所在地	
施設管理者	
事業責任者	
応募動機及び 実施方針	

最大利用可能人数	宿泊型（ ）組（ ）人	
事業実施施設概要	造、階建ての階部分	
実施室数 及び面積	宿泊型に使用 する入所室数 ()室	入所室1 () m ²
		入所室2 () m ²
		入所室3 () m ²
		入所室4 () m ²
		入所室5 () m ²
		入所室6 () m ²
設 備 現在整備されてい るものに○	授乳コーナー ・ ベビーベッド ・ 相談室 ・ シャワー室 ・ 沐浴指導設備 ・ 体操等を行う多目的室 ・ 非常口 ・ 玄関以外の避難経路	
自己負担金の 支払い方法 どちらかに○	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現金のみ ・ クレジットカード利用可能 	

※ 最大利用可能人数については、令和6年4月1日から令和7年3月31日までの最大利用可能人数を記入すること。

※ 本業務実施予定施設の建物平面図を添付すること。

職員 の 配 置 計 画	資格	従事職員数			
	助産師	人数	人	勤務体制	3交代制 ・ 2交代制 日勤のみ その他 ()
	保健師	人数	人	勤務体制	3交代制 ・ 2交代制 日勤のみ その他 ()
	看護師	人数	人	勤務体制	3交代制 ・ 2交代制 日勤のみ その他 ()
	その他 <input type="checkbox"/> 心理士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> ()	人数	人	勤務体制	3交代制 ・ 2交代制 日勤のみ その他 ()
合計人数		人			
食事の提供方法 (該当するものに○ をしてください)		<ul style="list-style-type: none"> ・施設内にて調理を実施 ・施設内の飲食店等から食事を調達し提供 ・施設外の飲食店等から食事を調達し提供 			
(施設内外の飲食店 等から食事を調達す る場合) 飲食店等の店 舗の名称及び所在地		店舗の名称 _____ 所在地 _____			
調理（調達）から 食事までの時間		時間			
調理（調達）から 食事までの間の 保存方法 ※衛生面での配慮等 について					

様式第6号

産後ケア事業の実施に係る協力医療機関との連携確認書

1 事業者

事業者名	
所在地	
代表者氏名	

2 協力医療機関

医療機関名	
所在地	
代表者氏名	

3 協力確認欄

上記1の事業者が、茨木市産後ケア事業を開始後は、利用者の病変その他の緊急時の対応に協力いたします。

令和 年 月 日

協力医療機関

医療機関名 _____

代表者氏名 _____ 印