

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 ・通所型 ）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 ・ 通所型 ）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。



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 通所型 (        ) 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	宿泊型のみを使用する居室数 ( ) 室	居室 1 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 2 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 3 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 4 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 5 ( ) m <sup>2</sup>
	通所型のみを使用する居室数 ( ) 室	居室 1 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 2 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 3 ( ) m <sup>2</sup>
	宿泊型及び通所型に兼用する居室 ( ) 室	居室 1 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 2 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 3 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 4 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 5 ( ) m <sup>2</sup>
居室 6 ( ) m <sup>2</sup>		
居室 7 ( ) m <sup>2</sup>		
居室 8 ( ) m <sup>2</sup>		
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 ・ 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"> <li>・ 現金のみ</li> <li>・ クレジットカード利用可能</li> </ul>	

※ 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"> <li>・施設内にて調理を実施</li> <li>・施設内の飲食店等から食事を調達し提供</li> <li>・施設外の飲食店等から食事を調達し提供</li> </ul>			
(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					

## 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