第１号様式

年　　月　　日

広陵町長　殿

広陵町産後ケア事業委託事業者指定申請書

申請者　所在地

事業者名

代表者名

広陵町産後ケア事業業務委託募集要領に基づき、事業者の指定を申請します。

指定を受ける種　　類	□宿泊型 □通所Ａ型　□通所Ｂ型　□通所Ｃ型　□通所Ｄ型 □訪問型
事業者の区分	□病院　□診療所　□助産院　□その他（　　）
施設情報	所在地
	事業者名
	電話番号
受入可能月数	０か月～（　　）か月未満
１日の受入可能組数	□宿泊型（　　組） □通所Ａ型（　　組）　□通所Ｂ型（　　組） □通所Ｃ型（　　組）　□通所Ｄ型（　　組） □訪問型（　　組）
受入可能条件	□なし　□自院で出産した人のみ　□単胎のみ □その他（　　）
管　理　者	氏名　　職種
サービス提供者	□保健師（　　人）　□看護師（　　人）　□助産師（　　人） □管理栄養士（　　人）　□その他（　　人：職種　　）
協力医療機関 （※種別が病院、診療所の場合は、記入不要）	□あり 所在地 医療機関名 代表者名 □なし
離乳食の提供	□あり　　□なし
食事のアレルギーの対応	□あり（大人用・小児用）　□一部あり（要相談）
同伴者の受入	□あり（　　）　□なし