様式第２号

事業者概要

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | |
| 住　所 |  | |
| 代表者名 |  | |
| 設立年月日 |  | |
| 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　　　　名（うち非常勤　　　名）  　　産婦人科医　　　　名（うち非常勤　　　名）  　　小児科医　　　　　名（うち非常勤　　　名） | |