様式第３号

旭川市妊産婦等グリーフケア事業の実施基本計画書

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 住所 |  |
| 業務処理責任者 |  |
| 実施事業 | 旭川市妊産婦等グリーフケア事業 |
| 応募動機及び実施方針 |  |
| 緊急時等の医療機関との連携体制 |  |
| １日の最大利用可能人数 | （　　　）人 |
| 職員の配置計画（従事職員数）※妊産婦等グリーフケア事業に従事する予定の職員数を記載してください。 | 助産師 | 　　　　人 | ３交代制・２交代制・日勤のみその他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 保健師 | 　　　　人 | ３交代制・２交代制・日勤のみその他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 看護師 | 　　　　人 | ３交代制・２交代制・日勤のみその他（　　　　　　　　　　　　　） |
| その他(　　　　　) | 　　　　人 | ３交代制・２交代制・日勤のみその他（　　　　　　　　　　　　　） |