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（　　　　　　　　　　　　　） |