

令和8年度助産所立入検査表

調査年月日		年 月 日		調査員				
保健福祉(環境)事務所名								
助産所名								
所在地		TEL						
許可入所(室)数		床(室)		分娩の有無		有・無		
開設者		開設年月日 . .		管理者				
嘱託医師等 (注2)	①	嘱託医師 又は嘱託医療機関	嘱託医師	診療科名(産科・産婦人科) ^(注4)				
				氏名:				
				勤務医療機関名:				
	②	①が対応困難な場合に新生児の診療を行う病院又は有床診療所	嘱託医療機関	診療科名(産科・産婦人科) ^(注4)				
				名称:				
				住所:				
			担当医師名 ^(注3)					
			診療科名(産科・産婦人科・小児科) ^(注4)					
			名称:					
			住所:					
職員数	助産師	人	看護師等	人	その他事務	人		
医療従事者等	職種	氏名	登録番号 番号年月日	常勤	非常勤	健康診断	本人確認	備考 (確認書類)

注1: 医療従事者以外の職員についても記入すること。
 注2: 嘱託医師等は分娩を取り扱う医療機関のみ記入すること。
 注3: 嘱託医療機関の担当医師が特定されている場合は氏名を記入すること。
 注4: 該当する診療科名に○を付けること。

紹介予定派遣職員名簿(医療従事者)

保健福祉(環境)事務所名				年 月 日現在					
施設名			職 種	医師・助産師・看護師・その他()		必ず確認すべき書類			備 考
派遣労働者氏名	(※注4) 就業場所	派遣期間(※6か月以内であること)		派遣元事業者名	労働者派遣 契 約 書	派遣先への 通 知 書	派遣先管理 台 帳		
		年 月 日	~	年 月 日					
		年 月 日	~	年 月 日					
		年 月 日	~	年 月 日					
		年 月 日	~	年 月 日					
		年 月 日	~	年 月 日					
		年 月 日	~	年 月 日					
		年 月 日	~	年 月 日					
		年 月 日	~	年 月 日					
		年 月 日	~	年 月 日					

注1 この派遣名簿は医療従事者のみを対象とし、医療従事者職種ごとに作成すること。

注2 就業場所、派遣期間、派遣元は労働者派遣契約書で確認して記入すること。

注3 病院等においては、6か月を超えて同一の紹介予定派遣者を受け入れてはならないこと。また、同一の業務に係る紹介予定派遣者の受け入れは最長3年であることに留意。

注4 就業場所は「同一業務」が判断できるように留意し、記入すること。(例:医師の場合:内科外来診療、内科入院診療等、看護師の場合:2階病棟、内科外来診療等)

産前産後休業、育児休業又は介護休業中の医療従事者に係る派遣職員名簿

保健福祉(環境)事務所名					年 月 日現在			
施設名			職種	医師・助産師・看護師・その他()		必ず確認すべき書類		備 考
産前産後等休業中 職員氏名	(※注 4) 就業場所	派遣労働者氏名	派遣期間(休業予定期間)		派遣元事業者名	労働者派 遣契約書	派遣先へ の通知書	
			年 月 日～	年 月 日				
			年 月 日～	年 月 日				
			年 月 日～	年 月 日				
			年 月 日～	年 月 日				
			年 月 日～	年 月 日				
			年 月 日～	年 月 日				
			年 月 日～	年 月 日				
			年 月 日～	年 月 日				
			年 月 日～	年 月 日				

注1 この派遣名簿は医療従事者のみを対象とし、医療従事者の職種ごとに作成すること。

注2 派遣期間、派遣元は労働者派遣契約書で確認して記入すること。

注3 派遣期間は、当該労働者の休業期間に限って認められるものであることに留意

注4 就業場所は「同一業務」が判断できるように留意し、記入すること。(例:医師の場合:内科外来診療、内科入院診療等、看護師の場合:2階病棟、内科外来診療等)