

(様式2)

産後ケア事業計画書

法人名・代表者名 _____

個人名 _____

1 実施する事業 ※実施する事業を○で選択してください。

短期入所型 ・ 通所型

2 実施可能な日程・時間等（予定でも可）

--

3 実施場所 ※複数ある場合は、一覧を添付してください。

事業所名（施設名）	住 所	定員（人）

4 実施担当者

氏 名	職種・資格名	経験年数

5 安全管理について

項目	整備状況	備考
安全管理マニュアル	有 ・ 今後整備	
賠償責任保険等	加入予定 事業者で既加入の保険を適用 その他	
協力医療機関	医療機関名	