様式３

産後ケア事業実施計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業責任者 |  |
| 実施方針（想定する事業の流れ） |  |
| 対応可能地域 |  |
| １か月あたりの受入見込件数 | （　　　　　　　）件/月 |
| 従事予定者 | （　　　　　 　）人　　※詳細は別紙へ |
| 利用者負担金の支払い方法利用できるものに○ | ・現金・クレジットカード・利用可能なスマホ決済アプリ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

様式３　別紙

従事予定者情報

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏　名 |  |
| 生年月日・年齢 | 　　　　年　　月　　日生　　　　　　歳 |
| 産後ケア実務者研修の修了日（修了予定日） |  |
| 職　歴（看護職、助産師職の履歴は全てご記入ください） |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 地域の産婦・乳児への訪問指導の実績（過去の実績を全てご記入ください） | 令和　年度　約（　　　　　　）件 |
| 訪問の際に心がけていること |  |

※従事予定者が複数の場合は、１人につき１枚作成すること