団体の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委託事業名 | 横浜市産後母子ケア事業（ショートステイ・デイケア） | | | | |
| 団体名 |  | | | | |
| 団体所在地 | （〒　　　―　　　　　） | | | | |
| 代表者名 |  | | | | |
| 設立年月日 | 年　　月　　日 | | | 設立登記  年月日 | 年　　月　　日 |
| 連絡先 | 電話番号 | （　　　） | | FAX番号 | （　　　　） |
| 横浜市有資格者名簿業者コード番号 | | |  | | |

※代表者名：法人が開設している場合は、法人の代表者名を記載すること。

※法人が開設している場合は、定款の写しを添付すること。

１　医療機関の事業の実施状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業名 | 事業実績 | | 事業開始  年月日 | 総事業費に占める割合 |
| R1(2019)年度 | R2(2020)年度 |
| １ |  | 実人数　　　　人  延人数　　　　人 | 実人数　　　　人  延人数　　　　人 | 年　月　日 | ％ |
| ２ |  | 実人数　　　　人  延人数　　　　人 | 実人数　　　　人  延人数　　　　人 | 年　月　日 | ％ |
| ３ |  | 実人数　　　　人  延人数　　　　人 | 実人数　　　　人  延人数　　　　人 | 年　月　日 | ％ |
| ４ |  | 実人数　　　　人  延人数　　　　人 | 実人数　　　　人  延人数　　　　人 | 年　月　日 | ％ |
| ５ |  | 実人数　　　　人  延人数　　　　人 | 実人数　　　　人  延人数　　　　人 | 年　月　日 | ％ |

* 事業名は、妊婦健診、分娩入院、産褥入院、産褥デイケア、母乳外来など明記してください。
* 事業実績は、利用者の実人数・延べ人数を記載してください。
* 添付資料として、各施設の運営内容がわかるパンフレット等を添付してください。

２　当該事業以外の事業の実施状況（保育所運営など）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区分 | 事業の概要 | 事業開始  年月日 | 総事業費に占める割合 |
| １ | 収益事業 |  | 年　月　日 | ％ |
| ２ | その他 |  | 年　月　日 | ％ |