**事　業　計　画　書**

１　業務の実施方針

|  |
| --- |
| ・産後の母子ショートステイ、母子デイケア業務の実施方針についてお書きください。①　母子の産後のケアについて利用者の個別性を踏まえた支援②　育児スキルや生活のイメージが持てる保健指導③　行政など関係機関との連携を図った支援※上記３つの項目を踏まえ、ご記入ください。 |
|  |

２　産後母子ショートステイ及び産後母子デイケアの実施手法、場所、食事提供方法

|  |  |
| --- | --- |
| 母子ショートステイ |  |
| 母子デイケア |  |

* 施設の図面に母子ショートステイ、母子デイケアの実施場所を記入し別に添付してください。

３　業務実施体制（人員配置）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 予定者の氏名 | 資格又は職種 | 所属・役職 | 担当する業務の内容 |
| 施設管理者 |  |  |  |  |
| 母子ｼｮｰﾄｽﾃｲ実施責任者 |  |  |  |  |
| 母子デイケア実施責任者 |  |  |  |  |
| 業務スタッフ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 所属・役職については、事業計画書提出者以外の企業等に所属する場合は、企業名等についても記載すること。

【申請施設が助産所の場合は下記内容をご記入下さい】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 嘱託医師名 | 所属医療機関名 |  |
| 連携医療機関名　　　　　　　　　　　　 |

４　産後母子ショートステイ及び産後母子デイケア類似業務実績

|  |  |
| --- | --- |
| 類似業務の名称 |  |
| 実施時期 | 　　　　年　　　月　　　～　　　年　　　月 |
| 業務の概要 | 【下記項目を踏まえ、内容をご記入下さい】①　産後の母体管理及び生活面指導②　乳房ケア③　授乳・沐浴方法④　発育発達チェック⑤　体重・排便チェック⑥　スキンケア⑦　退院後の相談及び指導⑧　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【内容】 |
| 利用実績 | 事業名 | 年度 | 実利用者数 | 延利用日数 |  |
|  |  |  |  |
| 利用料金(円) |  |
| サービス提供の特徴 |  |

５　事業実施責任者の経歴等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役割 | 氏名 | 生年月日　　　　　年　　　月　　　日 |
| 担当する分担業務の内容 |
|  |
| 所属・役職 |
|  |
| 資格免許、取得年月日 |
|  |
| 業務経歴等 |
|  |
| その他（発表論文、表彰、資格取得等） |
|  |

* 役割は、施設管理者、母子ショートステイ実施責任者、母子デイケア実施責任者のいずれかを記載すること。

６　事業の安全管理体制

|  |
| --- |
| 1. 安全管理に関するマニュアル等の整備
2. インシデント・アクシデント報告、分析、改善を行う体制

③ 母子が利用する居室内の環境整備※上記項目を踏まえ、ご記入ください。 |
|  |

７　緊急時の危機管理体制

|  |
| --- |
| ①緊急時体発生時の具体的な対応計画、必要な対応訓練の実施②損害保険等の加入③緊急時に必要な器具の整備※上記項目を踏まえ、ご記入ください。 |
|  |

８　職員の人材育成及び健康管理体制

|  |
| --- |
| ①従事者への研修計画、実施実績②従業者等へ健康診断の実施※上記項目を踏まえ、ご記入ください。 |
| 　 |

９　苦情処理体制

|  |
| --- |
| ①苦情等の迅速、適切な対応策※上記項目を踏まえ、ご記入ください。 |
|  |

10　個人情報について

|  |
| --- |
| ①個人情報保護取扱い事項順守の具体策※上記項目を踏まえ、ご記入ください。 |
|  |

11　「医療法第25条第１項の規定に基づく立入検査」に係る事項

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　令和　　年　　月　　日時点

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 実施日（書類の提出日） | 指摘事項の有無 |
| 直近の立入検査 |  |  |
| 直近の実地指導 |  |  |

　　指摘事項の内容（あった場合）

|  |
| --- |
|  |

　　※健康福祉局へ提出した書類（控え）がある場合は、提出をお願いします。

　12　市民税の滞納有無

　令和５・６年度一般競争入札有資格者名簿　登録なし・　登録あり（番号：　　　　　）

　　→登録なしの場合は、直近の「個人市民税・県民税納税証明書」を提出してください。

　　　（非課税の場合は、「非課税証明書」を提出）