

(様式2)

秋田市産後ケア事業（通所型）計画書

法人名・代表者名 _____

1 実施可能な日程・時間等（予定でも可）

--

2 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)

3 実施担当者

氏 名	職種・資格名	経験年数

4 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	