回答様式1　　（都道府県、保健所設置市、特別区名：　　）

回答方法
①及び②には、貴管内にある分娩を取り扱う助産所の名称及び住所を記載してください。
③、④及び⑤については、嘱託医師等が調査対象からの嘱託を受けている旨の確認ができた場合は「有」、確認ができなかった場合は「無」を回答してください。なお、「無」を回答した場合には、⑥に理由を記載してください。

①助産所の名称	②助産所の住所	③嘱託医師の嘱託の有無	④嘱託医療機関（産科若しくは産婦人科）の嘱託の有無	⑤嘱託医療機関（小児科、新生児への診療）の嘱託の有無	⑥備考

回答様式2　　（都道府県、保健所設置市、特別区名：　　）

回答方法

①及び②には、貴管内にある分娩を取り扱う助産所のうち、出張のみによって業務に従事している助産所の名称及び住所を記載してください。

③、④及び⑤については、連携する医師等が調査対象からの依頼を受けている旨の確認ができた場合は「有」、確認ができなかった場合は「無」を回答してください。なお、「無」を回答した場合には、⑥に理由を記載してください。

また、出張する地域において連携する医師等が確保されていない場合にはその旨を⑥に記載すること。

①助産所の名称	②助産所の住所	③連携する医師の連携の有無	④連携する病院又は診療所（産科若しくは産婦人科）の連携の有無	⑤連携する病院又は診療所（小児科、新生児への診療）の連携の有無	⑥備考