

(様式 1)

母体保護法指定医師指定申請書

令和 年 月 日

栃木県医師会長 様

所在地：〒

医療施設名：

申請者氏名：

印

母体保護法指定医師の指定について、下記の書類を添えて申請します。

記

- | | | |
|------------------------------------|--------|----|
| 1. 母体保護法指定医指定原簿 | (様式 2) | 1通 |
| 2. 医師免許証の写し | | 1通 |
| 3. 履 歴 書 | (様式 3) | 1通 |
| 4. 郡市・大学医師会長の意見書 | (様式 4) | 1通 |
| 5. 日本産科婦人科学会専門医認定証の写し又は指導証明書 (様式5) | | 1通 |
| 6. 研修症例実施報告書 | (様式 6) | 1通 |
| 7. 誓 約 書 | (様式 8) | 1通 |
| 8. 受講証明証 (母体保護法指定医師研修会参加証) | | 1通 |
| 9. 審査手数料 | | |

【設備指定の指定を受ける場合】

- | | | |
|---|--------|----|
| 10. 母体保護法設備指定原簿 | (様式 7) | 1通 |
| 11. 産婦人科設備に関わる医療施設の平面図 | | |
| 12. 開設届の写し (保健所/健康福祉センターの受領印があるもの。受領印がない場合は
確認書等を添付) | | |