

## 母体保護法指定医師更新申請書

1.	ふりがな	
	申請者氏名	印
	現住所	〒 TEL (            )            -
2.	生年月日	昭和・平成            年            月            日生 (満            歳)
3.	指定医師番号	009-            -            -
4.	郡市・大学医師会名	
5.	医療施設名 管理者氏名	(産婦人科の病床数：            室            床)
6.	所在地	〒 TEL (            )            -
7.	設備指定番号	009-            -
8.	医師会・学会等の 入会状況	郡市・大学医師会 (会員・非会員)、 栃木県医師会 (会員・非会員)、日本医師会 (会員・非会員)、 栃木県産婦人科医会 (会員・非会員) 栃木県産科婦人科学会 (会員・非会員)
9.	注:【更新に必要なもの】 ① 母体保護法指定医師研修会参加証1枚 ② 日産婦医会研修参加証6枚以上 (6枚に満たない場合は、下記ア又はイを代替使用することができる。) ア. 日本産婦人科学会 e 医学会マイページの専門医単位照会ページのコピー提出 (6回分まで) イ. 日本医師会生涯教育講座受講証明書 (最大3回分まで) ※日本産婦人科医会が発行する研修手帳を活用する場合は、研修会名並びに受講年月日の記載をすること。(日本産婦人科医会研修参加証のコピー提出は不可)	
10.	賞罰の有無 ※条例違反等も含む	有 (昭和・平成・令和            年            月            日:内容            ) 無

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。

(添付書類) 研修参加証、審査手数料、指定証 (紛失の場合は、紛失届を添付)

上記申請者は、書類等を審査した結果、母体保護法指定医師として更新することが  
(適格・不適格) です。

\_\_\_\_\_ 郡市・大学医師会長： \_\_\_\_\_ 印、審査委員氏名： \_\_\_\_\_ 印

(注) 直接、栃木県医師会長あてに提出する場合は、こちらの欄は未記入で結構です。