

(様式 2)

## 母体保護法指定医指定原簿

1.	ふりがな	
	申請書氏名	印
2.	生年月日	昭和・平成 年 月 日生(満 歳)
3.	現住所	〒
		TEL ( ) -
4.	本籍地	
5.	所属郡市・大学医師会名	
6.	医療施設名	
7.	所在地	〒
		TEL ( ) -
8.	管理者氏名	
9.	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)
10.	出身学校	卒業年月日：昭和・平成 年 月 日
11.	医籍登録番号	登録年月日：昭和・平成 年 月 日
12.	日本産科婦人科学会 専門医番号	- N -
13.	指導を受けた 医療機関名	
	指導医名	指導医名： 指導期間： 年 月
14.	以前に指定を受けた ことがある場合	都道府県名：
		指定年月日：昭和・平成 年 月 日
15.	賞罰の有無	有(昭和・平成 年 月 日：内容 )
	※条例違反等も含む	無

\*必要事項を記入するか○で囲んで下さい。

「12.」に記入した場合は、「13.」には記入しなくて結構です。

「14.」は、他県において指定を受けた場合のみ記入して下さい。