

# 意 見 書

平成 年 月 日

栃木県医師会長様

郡市・大学医師会名：  
会 長 名： 印  
審査委員氏名： 印

---

【指定医師の指定を受ける場合】

【勤務地変更の場合（設備指定を受けている医療機関への異動）】

下記の母体保護法指定医師申請者は、面接及び提出された書類を審査した結果、  
指定医師として（適格・不適格）です。

医療施設名：  
申請者氏名：

（意 見）

---

【設備指定を受ける場合】

下記施設は、書類及び設備（視察）を審査した結果、設備指定として  
（適格・不適格）です。

所 在 地：〒

医療施設名：

（意 見）

---

（注）直接、栃木県医師会長あてに提出する場合は、意見書（様式4）の提出は必須ではない。