

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.	日本医師会、都道府県医師会、日本産婦人科医会等主催の 講習会・研修会受講状況	
	講習会・研修会名	受講年月日
	参加証枚数 (単位数)	
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、日産婦学会出席証明シール 又は日医生涯教育制度参加証を3枚までは代替できる)		
③研修参加証を日産婦医会研修手帳に貼付して提出。		
*母体保護法指定医師研修会の参加証および日産婦医会の参加証は現物を提出。 コピー提出は不可。		
*日産婦学会および日医生涯教育の参加証 (シール) はコピーの提出を可とする。		
10.	賞罰の有無 ※条例違反等も含む	有 (昭和・平成 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。