

(様式 1)

母体保護法指定医師指定申請書

平成 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 9) | 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) | | |

(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。

(様式 3)

履 歴 書

(平成 年 月 日現在)

年号	年	月	履 歴
指定医師取得日			昭和・平成 年 月 日
最終更新日			昭和・平成 年 月 日

写 真

(4×3cm)

意 見 書

平成 年 月 日

栃木県医師会 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)

(様式 5)

指 導 証 明 書

平成 年 月 日

栃木県医師会長様

所在地：〒

指導施設名：

施設管理者氏名：

印

主任指導医氏名：

印

(氏名) _____ の実施指導について下記のとおり証明する。

記

1. 栃木県医師会母体保護法指定医師の指定基準の技能（注1）に示す実施指導を
①完了 ②一部実施 した。
2. 指導医師氏名および指導期間（注2）

指導医師氏名	指導期間
	自
	至 年 月
	自
	至 年 月
	自
	至 年 月

(注1) 指定を受ける医師は、医師免許取得後5年以上経過し、産婦人科の研修を3年以上受けた者又は日本産科婦人科学会専門医の資格を有する者で、2名以上の母体保護法指定医師（主任指導医は原則として、日本産科婦人科学会専門医の資格を有する者とする）を有し、医育機関の附属施設及び年間開腹手術50例以上（腹腔鏡手術を含める）、分娩数120例以上を取り扱う施設において、期間中に20例以上の人工妊娠中絶または流産手術の実施指導を受けた者でなければならない。

(注2) (1) 指導医師が交代した場合には、同一施設であっても指導医師氏名および指導期間を記入すること。

(2) 指導施設が2ヶ所以上の場合には、施設毎に指導証明書を提出すること。

(注3) (1) 「様式6」の研修症例実施報告書を添付すること。

(様式5 別紙)

指 導 証 明 書

平成 年 月 日

栃木県医師会長様

所在地：〒

指導施設名：

施設管理者氏名： 印

主任指導医氏名： 印

(氏名) _____の実施指導について下記のとおり証明する。

記

栃木県医師会母体保護法指定医師の指定基準の技能に示す人工妊娠中絶手術の实地指導

において、当施設における人工妊娠中絶手術症例数の不足のため、上記の者の人工妊娠中

絶手術_____例を流産手術にて代替いたしました。

(様式 6)

研修症例実施報告書

研修医氏名 ()

年月日	内容 1. 人工妊娠中絶手術 2. 流産手術 ※番号記入	妊娠 週数	カルテ番号	研修機関名	主任指導医名

(注) 指定医師の指定を申請するものは、日本産科婦人科学会
専門医認定証(又は指導証明書(様式5))に必ず研修症例報
告書(様式6)を添付すること。

誓 約 書

平成 年 月 日

栃木県医師会長様

医療施設名：

所在地：

申請者氏名：

印

下記の内容を遵守することを誓約いたします。

記

栃木県医師会母体保護法指定医師の遵守すべき規定

1. 母体保護法第14条第1項により指定された医師は、この規定を遵守すべき旨、栃木県医師会長に文書により誓約しなければならない。
2. 指定医師は氏名変更、指定を受けた医療施設の変更（名称・場所・設備）があったときは、直ちに栃木県医師会長へ届出なければならない。
3. 指定医師は指定された医療施設の廃止、設備要件が欠如した場合、又は指定された医療施設より県外に転出した場合には指定証および標識を速やかに栃木県医師会長に返却しなければならない。
4. 指定医師の2年毎の更新に際しては、示された手続きを行わなければならない。
5. 指定医師は母体保護法第25条に定められた届出を怠ってはならない。
6. 指定医師は母体保護法第14条の人工妊娠中絶を施行するに当たっては常に次のことを遵守しなければならない。
 - (1)人工妊娠中絶手術の適応を厳守すること。
 - (2)人工妊娠中絶手術の実施は、指定医師として指定を受けた施設内のみとし、往診先等においては行わないこと。
 - (3)必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。
7. 指定医師の診療科目は産婦人科を主体としなければならない。
8. 指定医師は医師会及び産婦人科専門団体の行う研修会の受講を怠ってはならない。
9. 指定医師は他の指定医師と円満協議し、救急時相互扶助の体制を確立するよう努めなければならない。

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。

母体保護法指定医師辞退届

平成 年 月 日

栃木県医師会長 様

医療施設住所：〒

医療施設名：

指定医師氏名： 印

指定医師番号：009－ － －

母体保護法指定医師指定を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

記

(辞退理由)

(辞退年月日) 平成 年 月 日

(添付書類)

指定証 (紛失の時は、紛失届を添付)

標識

母体保護法設備指定辞退届

平成 年 月 日

栃木県医師会長 様

医療施設住所：〒

医療施設名：

開設者氏名： 印

設備指定番号：009－ ー

母体保護法設備指定を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

記

(辞退理由)

(辞退年月日) 平成 年 月 日

(添付書類)

指定証 (紛失の場合は、紛失届を添付)

母体保護法指定医師指定証紛失届

医療施設住所：〒

医療施設名：

指定医師氏名：

印

設備指定番号：009－　－　－

母体保護法指定医師指定証を紛失しましたので、お届けします。

平成　　年　　月　　日

栃木県医師会長様

研修機関登録申請書

平成 年 月 日

栃木県医師会長 様

所在地：〒

研修施設名：

施設管理者名：

印

主任指導医名：

印

母体保護法指定医師研修機関として登録したいので、
届出いたします。

記

【設 備】

1. 医 師 数：_____ 名
2. 看護職員数：_____ 名
3. 病 床 数 (産婦人科)：_____ 床
4. 分 娩 室：(有 ・ 無) _____
5. 手 術 室：(有 ・ 無) _____
6. 開腹手術数 (腹腔鏡手術含む)：_____ 例/年間 (平成 _____ 年度)
7. 分 娩 数：_____ 例/年間 (平成 _____ 年度)
8. 人工妊娠中絶又は流産手術：_____ 例/年間 (平成 _____ 年度)

【母体保護法指定医師名 (指導医)】

主任指導医名：_____

指導医名：_____

指導医名：_____

注1) 研修機関は、原則として2名以上の指定医師の資格者を有する機関とする。また、指定医師は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていることを条件とする。

注2) 研修機関の指導医が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに研修施設を辞退するものとする。

研修連携施設登録申請書

平成 年 月 日

栃木県医師会長 様

所在地：〒

研修施設名：

施設管理者名：

印

主任指導医名：

印

母体保護法指定医師研修連携施設として、
下記の医療施設を登録したいので、届出いたします。

研修連携施設名： _____

管理者名： _____ 印

指導医名①： _____ 印

指導医名②： _____ 印

注1) 研修機関となる研修連携施設は、原則として2名以上の指定医師の資格者を有する機関とする。また、指定医師は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていることを条件とする。

注2) 研修連携施設の指導医が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに研修連携施設を辞退するものとする。

連 携 施 設 証 明 書

平成 年 月 日

栃木県医師会長 様

所 在 地：〒

連携施設名：

連携施設長名：

印

下記医療機関は母体保護法により、
当施設が連携を受託した施設であることを証明する。

医療機関名：

所 在 地：〒

母体保護法

指定医師名：

注) 連携施設となり得る機関は、母体保護法に基づく設備指定を受け、
連携施設を必要としない施設でなければならない。

(様式 18)

母体保護法指定医師更新延期申請書

平成 年 月 日

栃木県医師会長 様

栃木県医師会母体保護法指定医師の指定基準細則の第8項 指定の更新及び取消に基づき、下記のとおり更新を延期したいので申請します。

1.	ふりがな	
	申請者氏名	印
1.	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.	延期事由	

上記の者は、栃木県医師会母体保護法指定医師指定基準細則の第8項⑦に該当することを証明する。

平成 年 月 日

郡市・大学医師会名： _____ 医師会

会長名： _____ 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。

(様式 19)

母体保護法指定医師復帰申請書

平成 年 月 日

栃木県医師会長 様

栃木県医師会母体保護法指定医師の更新について延期いただいておりますが、この度復職することになりましたので復帰申請いたします。

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	
6.	所在地	〒 -
		TEL () - -
7.	設備指定番号	009 - -

上記の者は、栃木県医師会母体保護法指定医師の復帰申請を（適格・不適格）と判断いたします。

平成 年 月 日

郡市・大学医師会名： _____ 医師会

会長名： _____ 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。