

母体保護法指定医師 提出書類 チェックシート

申請者が以下の項目を確認し、チェックを入れた上で、申請書類と併せて地区医師会へ提出して下さい。

提出書類	チェック項目	チェック	
0. 母体保護法指定医師指定申請書(様式1)	サインは自署であるか？		必ず提出
1. 母体保護法指定医師指定原簿(様式2)	「4. メールアドレス」を記入しているか？(記入欄がない場合は欄外に記入する)		必ず提出
	「10. 医師会・学会等入会状況」のすべての項目に○印はついているか？(非会員の場合は「非会員」に○をつける)		
	「11. 出身学校」(卒業年月日) に、日にちまで記入しているか？		
2. 履歴書(様式3)	診療科を記入しているか？ 現在の勤務先まで記入しているか？		必ず提出
3. 地区医師会長の意見書(様式4)	所在地・医療施設名・氏名を記入しているか？		必ず提出
4-①. 産婦人科専門医の「専門医証」の写し	認定期間内のものを提出しているか？		持っていれば必ず提出
4-②. 指導証明書(様式5)	管理者の印は院長公印であるか？(院長公印がない場合には病院印または法人印+院長個人印)		※4-①、4-③を提出する場合は不要
	研修症例を実施した施設については、2名の指導医師氏名が記載されているか？		
4-③. 指定証の写し又は証明書(様式6)又は道府県医師会発行の証明書	指定証の写しを紛失してしまい提出が難しい場合、東京都の場合は東京都医師会に連絡、他道府県の場合は様式6にて発行元の他道府県医師会に証明をもらってください。(他道府県の様式でも可)		過去に指定医であった場合のみ提出
5. 研修症例実施報告書(附則様式1または2)	管理者の印は院長公印であるか？(院長公印がない場合には病院印または法人印+院長個人印)		※4-③を提出する場合は不要
	申請者が研修を受けた(当時の)「主任指導医」の氏名か？		
	研修症例実施年月日において、様式3の履歴書と一致しているか？		
	薬物のみによる人工妊娠中絶症例が含まれていないか？		
6. 母体保護法設備指定原簿(様式7)	「6. 病床数」の室数も記入しているか？(0室の場合も必ず0室と記入)		医療施設の平面図と共に必ず提出
	施術場所の平面図を添付しているか？ 平面図上で手術室・回復室・待機室等は図示されているか？		
	「1. 医療施設名」は8. 証明願(様式8・9)の「1. 医療施設名」と同じ表記であるか？(法人名等含む)		
7. 証明願(診療所は保健所の証明(様式8)、病院は東京都の証明(様式9))	申請者氏名に本人の氏名を記入しているか？		必ず提出
	※保健所の指示により、指定医師の申請者名で申請できず、医療法人の理事長や管理者の氏名で申請する場合は、別途当該医師の在職証明書を東京都医師会にご提出ください。		
8. 誓約書(様式10)	サインは自署であるか？		必ず提出
9. 母体保護法指定医師研修会参加受講証(原本)	コピーではなく、原本を提出しているか？		過去2年以内に都道府県医師会の指定医師であった場合は不要
全ての提出書類について	日付、押印の漏れはないか？		
	医療機関名は正式名称になっているか？		

上記について、確認いたしました。

西暦 年 月 日

指定医師申請者氏名

地区医師会確認者氏名