母体保護法指定医師　申請マニュアル
（第２版　２０２４年３月）

■審査会日程（令和６年度予定）

基本：奇数月　第１水曜日

令和６年５月８日 （水）、令和６年７月３日（水）、令和６年９月４日（水）、
令和６年１１月６日（水）、令和７年１月８日（水）、令和７年３月５日（水）

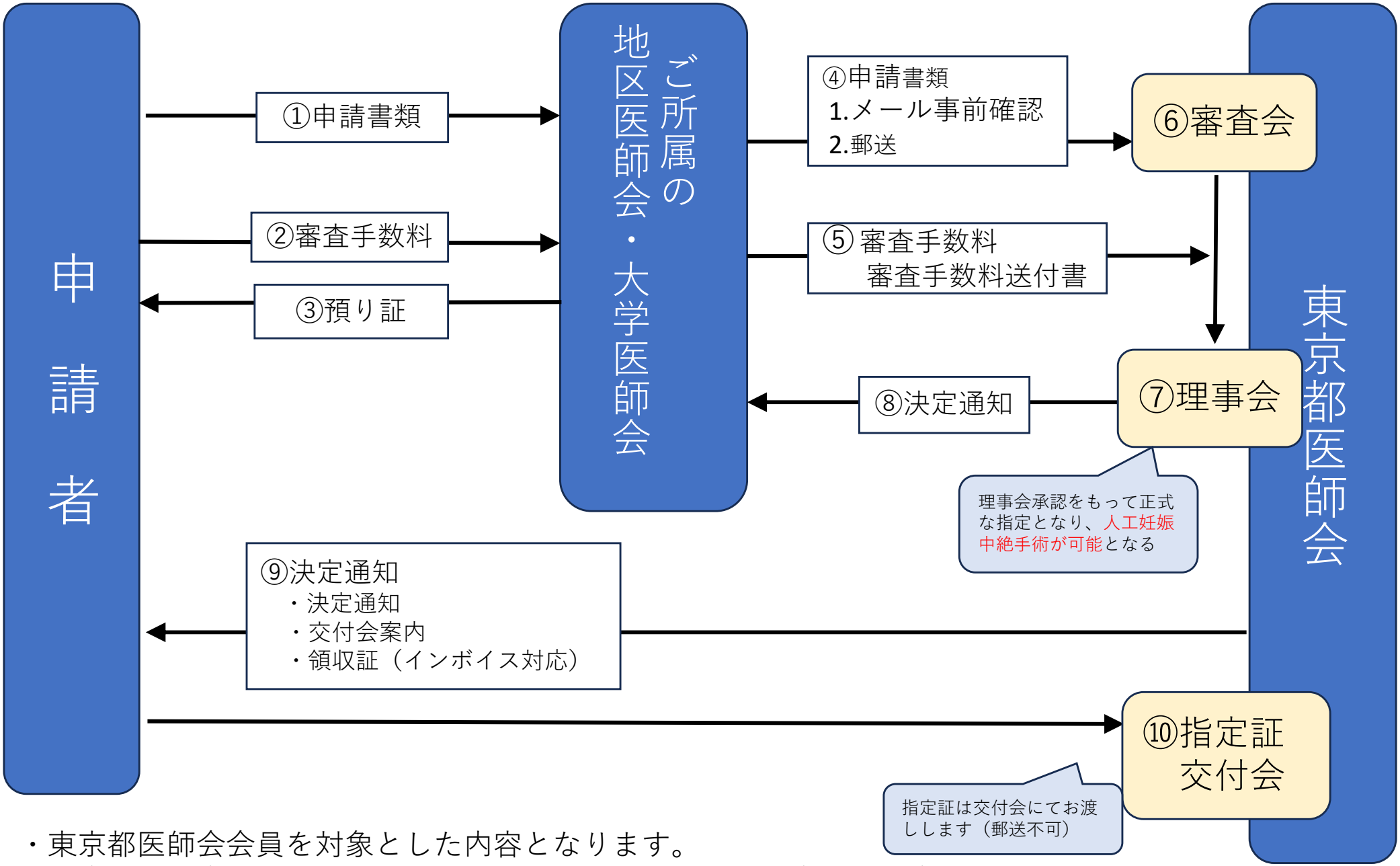
※審査会の２週間前までに東京都医師会に申請書が到着するようにご送付いただきますようお願いいたします。（申請フローは次ページ以降）

本マニュアルの構成

〇指定医師の申請・・・・・・・・・・P1～18
〇研修施設・連携施設の申請・・・P19
〇各種変更手続き・・・・・・・・・・P20～24

■問合せ・申請書送付先
東京都医師会事務局　医療支援課
E-mail　shien@tokyo.med.or.jp
電話　03-3294-8831（直通）
郵送先
〒101-8328 千代田区神田駿河台2-5
東京都医師会事務局　医療支援課 宛

母体保護法指定医師　申請フロー



・東京都医師会会員を対象とした内容となります。
・非会員の場合は、フローが異なりますので、東京都医師会へお問合せ下さい。

母体保護法指定医師　申請フロー詳細

①申請書類（地区医師会へ提出）	申請者は次ページ「申請に必要な書類」をご確認の上、必要書類について、本マニュアルに基づき、ご所属の地区医師会へご提出ください。地区医師会にて不備の確認を行います。
②審査手数料 ③預り証	下記の表を参考に、審査手数料を地区医師会へお支払いください。 必要に応じて、地区医師会が「預り証」を発行します。 領収証は、審査後、決定通知に同封します。
④申請書類（東京都医師会へ提出）	地区医師会にて本マニュアルに基づき、不備のご確認の上、東京都医師会へ事前にメールにてご連絡下さい。書類が整いましたら、郵送下さい。※下記「問合せ・送付先」参照
⑤ 審査手数料・ 審査手数料送付書	期限：審査会の前日までにお支払い下さい。　送金時「審査手数料送付書」の提出が必要です。
⑥審査会 （母体保護法指定医師審査委員会）	基本的な開催日: 奇数月 第１水曜日
⑦理事会	審査会の審査通過後、東京都医師会の理事会（審査会翌週に開催）の承認をもって正式な指定となり、人工妊娠中絶手術が可能となります。
⑧決定通知：地区医師会宛	理事会での決定内容を地区医師会へ郵送します。
⑨決定通知：申請者（医療機関）宛	決定通知、交付会案内、領収証（インボイス対応）を郵送します。
⑩指定証 交付会	指定証は交付会にて直接お渡しします（郵送は行わない） （定例開催日：審査会の翌月（偶数月）の第１水曜日） 案内は、決定通知に同封します。 ・新規申請者　：本人へ直接手渡し ・再指定申請者：本人及び代理人（事務員も可）へ直接手渡し

審査手数料	東京都医師会会員	東京都医師会非会員
新規申請	10,000円	30,000円
再指定申請	5,000円	15,000円
東京都医師会の指定医が勤務先変更・移転等により指定を失効した後、6ヶ月以内に行う申請（6ヶ月を超えると新規扱いとなる）		

申請に必要な書類

申請書類（PDFファイル）は**東京都医師会のホームページ**よりダウンロード可能です。

https://www.tokyo.med.or.jp/maternal_health

ＴＯＰ ＞医師のみなさまへ ＞各種事業 ＞母体保護

１．母体保護法指定医師指定申請書（様式１）	必ず提出
２．母体保護法指定医師指定原簿（様式２）	必ず提出
３．履歴書（様式３）	必ず提出
４．地区医師会長の意見書（様式４）	必ず提出
５-①．産婦人科専門医の「専門医証」の写し	持っていれば必ず提出
５-②．指導証明書（様式５）	※５-①、５-③を提出する場合は不要
５-③．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	過去に指定医だった場合のみ提出
６．研修症例実施報告書（附則様式１または２）	※５-③を提出する場合は不要
７．母体保護法設備指定原簿（様式７）	医療施設の平面図と共に必ず提出
８．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））	必ず提出
９．誓約書（様式１０）	必ず提出
１０．母体保護法指定医師研修会参加受講証（原本）	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

１．母体保護法指定医師指定申請書（様式１）

（様式１）

母体保護法指定医師指定申請書

令和○　年　○　月　○　日

東京都医師会長　殿

所　在　地：　千代田区神田駿河台2-5

医療施設名：　医療法人○○会 ○○病院

申請者氏名：　申請者氏名　　個人印

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．母体保護法指定医師指定原簿（様式２）　１通

2．履歴書（様式３）　１通

3．地区医師会長の意見書（様式４）　１通

4．産婦人科専門医の「専門医証」の写し　又は　１通
指導証明書（様式５）　又は
都道府県医師会において指定医師であった場合、それを証明し得る書類
（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）

5．研修症例実施報告書（附則様式）　１通
※都道府県医師会の指定医師証の写し又は（様式６）を提出する場合は不要

6．母体保護法設備指定原簿（様式７）　１通
※医療施設の平面図を添付

7．証明願　１通
※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）

8．誓約書（様式１０）　１通

9．受講証明書（母体保護法指定医師研修会参加証）
※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

＊上記４の要件とは別に、資格確認のため産婦人科専門医を取得している場合は「専門医証」の写しを添付してください。

訂正は二重線
訂正印は不要

要記入（記載日）
※他の様式と同一である必要は無い

個人印

医療機関の所在地・名称
申請者名が、法人名を含め
「証明書（様式８・９）」
と一致している事を確認

２．母体保護法指定医師指定原簿（様式２）

（様式２）

母体保護法指定医師指定原簿

1	ふりがな	○○　○○
	申請者氏名	申請者氏名　個人印
2	生年月日	昭和○○年　○月　○日（満○○才）
3	現住所	〒123-4567 東京都○○区○○1－1 TEL　03－1234－5678
4	本籍地（都道府県）	東京都
5	所属地区医師会	○○区医師会
6	医療施設名	医療法人　○○会　○○病院
7	所在地	〒987-6543 東京都△△区△△ TEL　03－9876－5432
8	管理者氏名	○○　○○
9	医師会・学会等入会状況	地区医師会　会員・非会員 東京都医師会　会員・非会員 日本医師会　会員・非会員 東京産婦人科医会　会員・非会員 東京産科婦人科学会　会員・非会員
10	出身学校	学校名　○○大学 卒業年月日　平成○○年　○月　○日
11	医籍登録	番号　12345 登録年月日　平成○○年　○月　○日
12	産婦人科専門医番号	12－34567890
13	指導を受けた医療施設 ※12に記入した場合は記入不要	医療施設名 指導医名 指導期間
14	以前指定を受けた都道府県（該当者のみ）	都道府県名 指定年月日　年　月　日

※必要事項を記入または○で囲んでください

個人印

写真

年齢
審査会時の年齢を記載

訂正は二重線
訂正印は不要

医療機関情報
法人名を含め、証明書（様式８または９）との一致を確認

「非会員」であっても、入会手続き中の場合、その旨をご連絡下さい

日付
記入漏れ注意

和暦

産婦人科専門医であれば、専門医番号を記入

「12産婦人科専門医番号」を記入した場合は**記入不要**

どちらか一方の記入が必要

※過去に指定を受けていた場合は、直近の指定日を記入

該当者は記入

３．履歴書（様式３）

訂正は二重線
訂正印は不要

（様式３）

履　歴　書

申請者氏名：　　（　○　年○　月　○　日現在）

元号	年	月	履　歴
平成	１０	４	A病院　産婦人科　研修医
平成	１１	７	B病院　産婦人科　出向
平成	１５	４	C病院　産婦人科　非常勤（～　平成１８年３月３１日）
平成	１６	４	A病院　産婦人科　勤務
			現在に至る

指定医師取得状況（該当者のみ）				
1	自 令和１ 年 ４ 月 １ 日 至 令和３ 年 ３ 月 ３１ 日	都道府県名	○○県
2	自　年　月　日 至	都道府県名	

要記入（記載日）
※他の様式と同一で
ある必要は無い

診療科を記入する事
が望ましい

職歴から記入

兼務の場合、履歴の後ろに退職日
を記載（～○月○日）

一番下が現在の勤務先となる

職歴と対応しているか確認

退職日・異動日（資格が失効となった日）を記入
（必ずしも、指定証記載の日付ではない）

一致を確認
（該当者のみ）

（様式２）

母体保護法指定医師指定原簿

1	ふりがな 申請者氏名				印
2	生年月日	年　月　日（満　才）			
3	現住所	〒 TEL　－　－			
4	本籍地（都道府県）				
5	所属地区医師会				
6	医療施設名				
7	所在地	〒 TEL　－　－			
8	管理者氏名				
9	医師会・学会等入会状況	地区医師会	会員・非会員	東京産婦人科医会	会員・非会員
		東京都医師会	会員・非会員	東京産科婦人科学会	会員・非会員
		日本医師会	会員・非会員		
10	出身学校	学校名			
		卒業年月日	年　月　日		
11	医籍登録	番号			
		登録年月日	年　月　日		
12	産婦人科専門医番号				
13	指導を受けた医療施設 ※12に記入した場合は記入不要	医療施設名			
		指導医名			
		指導期間			
14	以前指定を受けた都道府県（該当者のみ）	都道府県名			
		指定年月日	年　月　日		

写真（3×4cm）

※必要事項を記入または○で囲んでください

４．地区医師会長の意見書（様式４）

訂正は二重線
訂正印は不要

（様式４）

意　見　書

○　年○　月○　日

要記入（記載日）
※他の様式と同一である必要は無い

東京都医師会長　殿

地区医師会名　○○医師会

会　長　名　○○　○○　印

○○区医師会長公印

地区医師会長印

様式２との一致を確認

下記の母体保護法指定医師申請者について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（ 適当 ・ 不適当 ）、指定医療施設として（ 適当 ・ 不適当 ）と認めます。

「適当」に○が記載されている事を確認

記

所　在　地：東京都○○区○○1－1

医療施設名：医療法人　○○会　○○病院

氏　　名：申請者氏名

様式２との一致を確認

【意　見】

意見の記述は任意

（様式２）

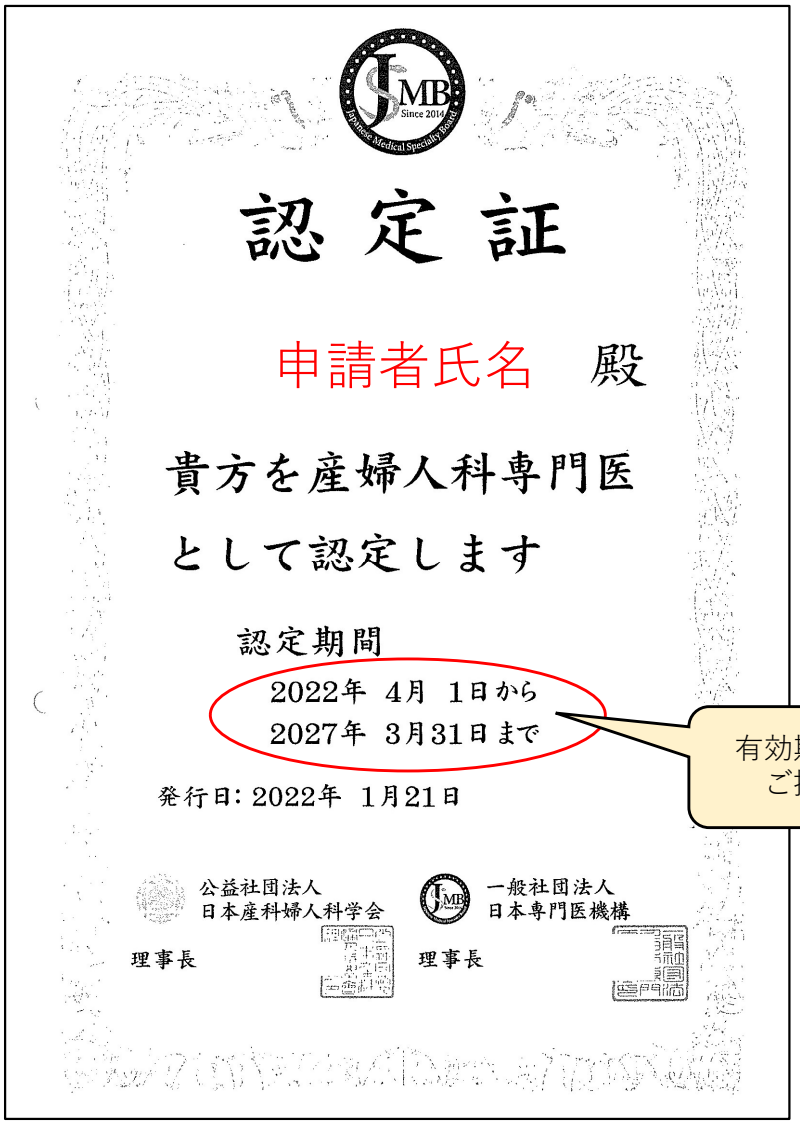
母体保護法指定医師指定原簿

1	ふりがな 申請者氏名	印			写真（3×4cm）
2	生年月日	年　月　日（満　才）			
3	現住所	〒 TEL　－　－			
4	本籍地（都道府県）				
5	所属地区医師会				
6	医療施設名				
7	所在地	〒 TEL　－　－			
8	管理者氏名				
9	医師会・学会等入会状況	地区医師会	会員・非会員	東京産婦人科医会	会員・非会員
		東京都医師会	会員・非会員	東京産科婦人科学会	会員・非会員
		日本医師会	会員・非会員		
10	出身学校	学校名			
		卒業年月日	年　月　日		
11	医籍登録	番号			
		登録年月日	年　月　日		
12	産婦人科専門医番号				
13	指導を受けた医療施設 ※12に記入した場合は記入不要	医療施設名			
		指導医名			
		指導期間			
14	以前指定を受けた都道府県（該当者のみ）	都道府県名			
		指定年月日	年　月　日		

※必要事項を記入または○で囲んでください

５-①．産婦人科専門医の「専門医証」の写し

様式５、様式６の提出をもって申請する場合であっても、
産婦人科専門医を取得している場合は「専門医証」の写しを提出してください。



認 定 証

申請者氏名　殿

貴方を産婦人科専門医
として認定します

認定期間
2022年 4月 1日から
2027年 3月31日まで

発行日: 2022年 1月21日

公益社団法人
日本産科婦人科学会
理事長

一般社団法人
日本専門医機構
理事長

有効期間内のものを
ご提出ください

５-②．指導証明書（様式５）

５-①産婦人科専門医の「専門医証」の写しまたは５-③指定証の写しを提出した場合は、不要

訂正は二重線
訂正印は不要

（様式５）

指　導　証　明　書

年　　月　　日

要記入（記載日）
※他の様式と同一である必要は無い

東京都医師会長　殿

所在地　○○病院
指導施設名　○○　○○
管理者氏名　○○　○○　印
主任指導医名　○○　○○　印

院長の公印

現在の院長氏名

現在の主任指導医氏名

個人印
要押印

（氏名）　申請者氏名　の実地指導について、下記のとおり証明する。

記

１．東京都医師会母体保護法指定医師の指定基準の技能（注１）に示す実地指導を、

（　完了　・　一部実施　）した。

完了
１か所の医療機関で3年間の研修を完了している場合

一部実施
複数の研修機関で研修を行った場合

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　年　月　日
◇◇　◇◇	至　年　月　日　の　年　カ月
	自　年　月　日
	至　年　月　日　の　年　カ月
	自　年　月　日
	至　年　月　日　の　年　カ月

研修症例実施報告書（附則様式）に記載されている年月と一致しているか

必ず２名必要
（研修機関は２名以上の指定医師が必須の為）

指導期間が合わせて３年以上必要

複数の研修機関の研修の合計で３年間という場合は、本用紙を複数枚使用する

（注１）…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年以上受けたもの又は産婦人科専門医の資格を有するもので、指定医師研修機関又は指定医師研修連携施設において、研修期間中に20例以上の人工妊娠中絶手術又は流産手術の実地指導（その内10例以上の人工妊娠中絶手術を含む）を受けたものでなければならない。

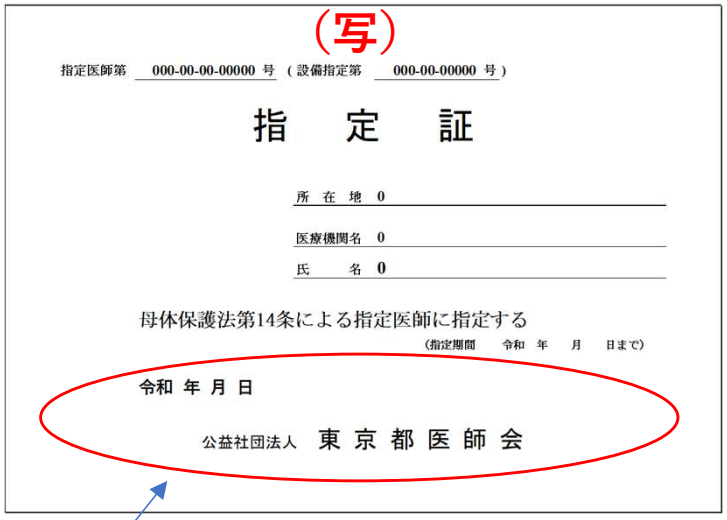
（注２）①指導医師が交代した場合、同一施設であっても指導医師氏名および指導期間を記入すること。
②指導施設・主任指導医が複数の場合、施設・主任指導医毎に指導証明書を提出すること。
③（附則様式）研修症例実施報告書を添付すること。

※この書類を提出した場合、研修症例実施報告書（附則様式1,2）は不要

※過去2年以内に指定医師であった場合は、10.母体保護法指定医師研修会参加受講証（原本）も不要

５-③. 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

過去に指定医だった場合は、「指定証の写し」を提出


（写）

指定医師第 000-00-00-00000 号（設備指定第 000-00-00000 号）

指　定　証

所 在 地 0

医療機関名 0

氏　名 0

母体保護法第14条による指定医師に指定する

（指定期間　令和　年　月　日まで）

令和 年 月 日

公益社団法人　東 京 都 医 師 会

（様式２）

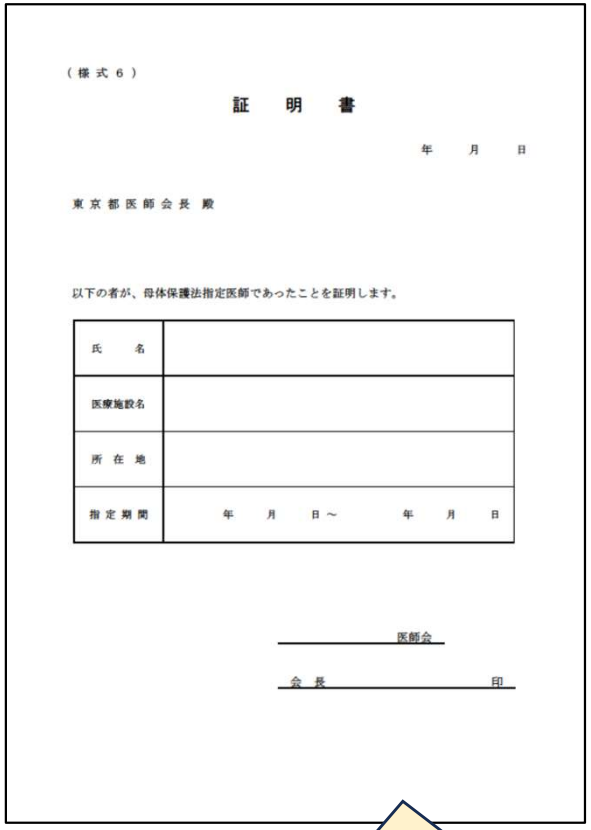
母体保護法指定医師指定原簿

1	ふりがな 申請者氏名				印
2	生年月日	年　月　日（満　才）			
3	現住所	〒 TEL　－　－			
4	本籍地（都道府県）				
5	所属地区医師会				
6	医療施設名				
7	所在地	〒 TEL　－　－			
8	管理者氏名				
9	医師会・学会等入会状況	地区医師会	会員・非会員	東京産婦人科医会	会員・非会員
		東京都医師会	会員・非会員	東京産科婦人科学会	会員・非会員
		日本医師会	会員・非会員		
10	出身学校	学校名			
		卒業年月日	年　月　日		
11	医籍登録	番号			
		登録年月日	年　月　日		
12	産婦人科専門医番号				
13	指導を受けた医療施設 ※以下記入した場合は記入不要	医療施設名			
		指導医名			
		指導期間			
14	以前指定を受けた都道府県 （該当者のみ）	都道府県名			
		指定年月日	年　月　日		

写真（3×4cm）

母体保護法指定医師指定原簿（様式２）の「14. 以前指定を受けた都道府県」の記入との一致を確認

「指定証の写し」が無い場合は、証明書（様式６）又は、指定元の道府県医師会の証明書を提出（申請者が依頼する）


（様式６）

証　明　書

年　月　日

東京都医師会長 殿

以下の者が、母体保護法指定医師であったことを証明します。

氏　名	
医療施設名	
所在地	
指定期間	年　月　日～　年　月　日

医師会

会長　印

申請者が指定元の道府県医師会へ証明書の発行を依頼

６．研修症例実施報告書（附則様式１）研修機関用

※連携施設での研修の場合は、（附則様式２）を使用

５-③．指定証の写し又は証明書(様式６)を提出した場合は、不要

訂正は二重線
訂正印は不要

（附則様式１）　　研修機関用

研修症例実施報告書

要記入
※記載日

年　　月　　日

東京都医師会長　殿

※東京都医師会にて、研修機関として登録されているかを確認します

所　在　地：　〇〇　〇〇

研修施設名：　〇〇病院

管理者名：　〇〇　〇〇

院長の公印

現在の院長氏名

院長の公印

20例以上の記入が必要
そのうち「1.人工妊娠中絶手術」の症例が10例以上必要

プレグランディン膣坐剤の投与、中期中絶も含む

研修医師氏名（　　）

年月日	内容 1 人工妊娠中絶手術 2 流産手術	妊娠週数	主任指導医名	年月日	内容 1 人工妊娠中絶手術 2 流産手術	妊娠週数	主任指導医名
平成〇〇年	1 ・ 2				1 ・ 2		
	1 ・ 2				1 ・ 2		
	1 ・ 2				・ 2		
	1 ・ 2						
	1 ・ 2						
	1 ・ 2						
	1 ・ 2						
	1 ・ 2						
	1 ・ 2				1 ・ 2		
	1 ・ 2				1 ・ 2		

※必要事項を記入または〇で囲んでください

申請者が研修を受けた年月日の在籍状況について、履歴書と一致している必要があります

申請者が研修を受けた（当時）の「主任指導医」を記入

※東京都医師会にて、当該研修機関の過去の台帳と主任指導医の照合を行います

【東京都医師会 母体保護法指定医師の指定基準（抜粋）】

２　技能

指定医師は、都道府県医師会が指定する研修機関において、一定期間産婦人科医としての専門知識を修め、手術及び救急処置法等の手技を修得しかつ下記要件を具備すること。

（１）医師免許取得後５年以上経過しており、産婦人科の研修を３年以上受けたもの又は産婦人科専門医の資格を有するもの。

（２）研修期間中に、20例以上の人工妊娠中絶手術又は流産手術の実地指導を受けたもの。
ただし、その内10例以上の人工妊娠中絶手術を含むこととする。
なお、指定医師の指定を受けるために研修を受けている医師については、原則として所属する指定医師研修機関及びその指定医師研修機関の連携施設（以下、「指定医師研修連携施設」という）で指導医の直接指導の下においてのみ人工妊娠中絶手術ができる。

複数の研修施設で研修を受けた場合は、１施設につき1枚の提出

複数の研修施設での症例の合計で条件を満たせばOK

６．研修症例実施報告書（附則様式２）連携施設用

訂正は二重線
訂正印は不要

20例以上の記入が必要
そのうち「1.人工妊娠中絶手術」の症例が10例以上必要

プレグランディン膣坐剤の投与、中期中絶も含む

（附則様式２）　　連携施設用

研修症例実施報告書

要記入（記載日）
※他の様式と同一である必要は無い

年　　月　　日

東京都医師会長　殿

【A 研修機関】
所在地　：○○　○○
施設名　：○○病院
管理者名　：○○　○○　印

院長の公印

現在の院長氏名

※東京都医師会にてA研修機関に対しB研修施設が連携施設として登録がされているか確認します

【B 研修施設（連携施設）】
所在地　：○○　○○
施設名　：○○病院
管理者名　：○○　○○　印

院長の公印

A or B
要記入

研修医師氏名（　　）

年月日	内容 1 人工妊娠中絶手術 2 流産手術	妊娠週数	施設コード A・B	主任指導医名	年月日	内容 1 人工妊娠中絶手術 2 流産手術	妊娠週数	施設コード A・B	主任指導医名
	1 ・ 2								
	1 ・ 2								
	1 ・ 2								
	1 ・ 2								
	1 ・ 2								
	1 ・ 2					1 ・ 2			
	1 ・ 2					1 ・ 2			
	1 ・ 2					1 ・ 2			
	1 ・ 2					1 ・ 2			
	1 ・ 2					1 ・ 2			

※必要事項を記入または○で囲んでください
※施設コード：A…研修機関、B…研修施設（連携施設）

【東京都医師会 母体保護法指定医師の指定基準（抜粋）】
2　技能
指定医師は、都道府県医師会が指定する研修機関において、一定期間産婦人科医としての専門知識を修め、手術及び救急処置法等の手技を修得しかつ下記要件を具備すること。
（1）医師免許取得後５年以上経過しており、産婦人科の研修を３年以上受けたもの又は産婦人科専門医の資格を有するもの。
（2）研修期間中に、20例以上の人工妊娠中絶手術又は流産手術の実地指導を受けたもの。
ただし、その内10例以上の人工妊娠中絶手術を含むこととする。
なお、指定医師の指定を受けるために研修を受けている医師については、原則として所属する指定医師研修機関及びその指定医師研修機関の連携施設（以下、「指定医師研修連携施設」という）で指導医の直接指導の下においてのみ人工妊娠中絶手術ができる。

申請者が研修を受けた年月日の在籍状況について、履歴書と一致している必要があります

申請者が研修を受けた（当時）の「**主任**指導医」を記入

※東京都医師会にて、当該研修機関の過去の台帳と主任指導医の照合を行います

複数の研修施設で研修を受けた場合は、１施設につき1枚の提出

複数の研修施設での症例の合計で条件を満たせばOK

７．母体保護法設備指定原簿（様式７）

（様式７）

母体保護法設備指定原簿

訂正は二重線
訂正印は不要

要記入（記載日）
※他の様式と同一である必要は無い

年　月　日

所属地区医師会：　〇〇区医師会

申請者氏名：　申請者氏名　印 個人

個人印
※要押印

1	医療施設名	医療法人　〇〇会　〇〇病院
2	所在地	〒 987-6543 東京都△△区△△2－2 TEL　０３－９８７６－５
3	管理者氏名	〇〇　〇〇
4	設備指定番号	※設備指定番号がある場合のみ記入してください 113－１３－〇〇〇〇
5	診療科目	産・婦・内・外・小・精・神・整・眼・耳・皮・麻・放・泌 その他（　　） 「別紙」と記入し、診療科一覧を提出する事も可
6	病床数	〇〇室　〇〇床　当直室　有・無
7	産婦人科施設	分娩室　有・無　手術室　有・無　回復室　有・無
8	産婦人科設備	分娩台（有・無）　あるいは　手術台（有・無） 麻酔器（有・無）　あるいは　蘇生器具（有・無） 呼吸心拍監視装置（有・無）　あるいは　パルスオキシメーター（有・無） 転送電話（有・無）　あるいは　携帯電話（有・無）
9	従事者数	医師　計 〇〇 名（内訳：常勤　〇〇 名／非常勤　〇〇 名） 看護師　〇〇 名　助産師　〇〇 名　准看護師　〇〇 名 医療施設全体の1日当たりの当直医　〇〇 名　看護補助者　〇〇 名

※必要事項を記入または〇で囲んでください
※施術場所の平面図を添付してください

他に指定医が居る場合は、必ず番号があります

「新規申請の施設」や「施設の住所移転」の場合は、番号が変更となるため、空欄

様式８または９の内容と一致している事を確認

医療施設全体（全フロア）の平面図の添付が必要です

平面図の要件
以下が判るようにして下さい

＊**手術室**（中絶手術を行う部屋）
部屋が独立している必要あり

＊**回復室**（手術後、患者さんが休憩する部屋）と**㎡数**

＊**待機室**（医師が休憩する部屋）
スタッフルームでもOK

記入例は次ページを参考にして下さい

全て記入
空欄が無い事を確認
「病床室数」の記入漏れ注意

７．母体保護法設備指定原簿（様式７）に添付する平面図　記入例

医療施設全体（全フロア）の平面図の添付が必要です

平面図の要件
　以下が判るようにして下さい

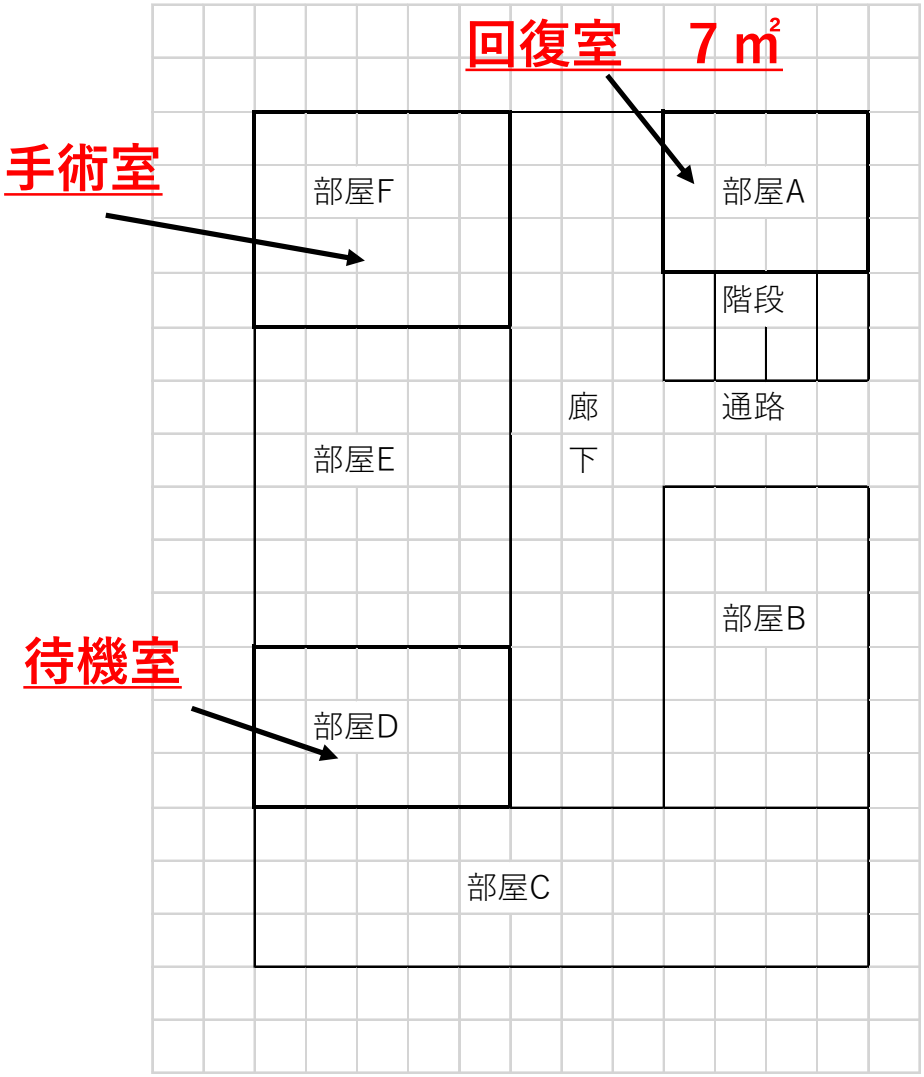
＊**手術室**（中絶手術を行う部屋）
部屋が独立している必要あり

＊**回復室**（手術後、患者さんが休憩する部屋）と**㎡数**

＊**待機室**（医師が休憩する部屋）
　スタッフルームでもOK

医療施設であれば、手術室、回復室、待機室の無いフロアであっても、平面図の提出は必要です。

平面図（例）



８．証明願（様式８）

診療所（保健所に依頼）

要記入（記載日）
※他の様式と同一である必要は無い

（様式８：診療所関係）

捨印 個人

証　明　願

年　月　日

△△区　保健所長　殿

申請者住所　東京都△△区△△2－2

申請者氏名　申請者氏名　印 個人

提出先：東京都医師会
理　由：母体保護法指定医師指定申請のため

下記医療施設について、医療法により開設許可または届出がなされていることを証明してください。

記

1	医療施設名	医療法人〇〇会　〇〇診療所
2	所在地	〒 987-6543 東京都△△区△△2－2 TEL　03 －9876 － 5432
3	開設者	〇〇　〇〇
4	診療科目	〇〇〇〇
5	許可収容定員	〇〇 床
6	管理者氏名	〇〇　〇〇
7	開設許可・届出年月日、同番号	〇年　〇月〇　日　〇〇〇　号

上記のとおり相違ないことを証明する。

〇年　〇月〇　日（証明番号：〇〇〇〇）

保健所長　〇〇　〇〇　印

保健所の公印

８．証明願（様式９）

病院用（東京都に依頼）

要記入（記載日）
※他の様式と同一である必要は無い

（様式９：病院関係）

捨印 個人

証　明　願

年　月　日

東京都知事　殿

申請者住所　東京都△△区△△2－2

申請者氏名　申請者氏名　印 個人

提出先：東京都医師会
理　由：母体保護法指定医師指定申請のため

下記医療施設について、医療法第２７条により使用許可がなされていることを証明してください。

記

1	医療施設名	医療法人〇〇会　〇〇病院
2	所在地	〒 987-6543 東京都△△区△△2－2 TEL　03 － 9876－ 5432
3	開設者	〇〇　〇〇
4	診療科目	〇〇〇〇
5	許可病床数	〇〇〇 床
6	管理者氏名	〇〇　〇〇
7	使用許可年月日、同番号	〇年　〇月〇　日　〇〇〇　号

上記のとおり相違ないことを証明する。

〇年　〇月〇　日（証明番号：〇〇〇〇）

東京都知事　〇〇　〇〇　印

都知事の公印

様式２、様式７で同項目との一致を確認

保健所または東京都が記入・押印

※保健所発行の様式でも記載項目が一緒であればOK

訂正は二重線
訂正印は不要

証明願を指定医師の申請者名で申請できない場合
保健所より、本書類について、指定医師の申請者名ではなく、医療法人の理事長や管理者の氏名で申請するよう指示された場合　☞次ページへ

証明願（病院関係）についての東京都問合せ先
東京都保健医療局　医療政策部　医療安全課
電話　０３－５３２０－４４３１
受付は窓口のみ
返信用封筒を持参すれば返送可
発行まで１～２週間かかる

※在職証明書
（証明願を指定医師の申請者名で申請できない場合のみ）

保健所の指示により、「証明願」を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、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。

証明願の申請者氏名が母体保護法指定医師申請者氏名以外となっている場合のみご提出ください。

在職証明書

氏　名	申請者氏名
生年月日	大正 昭和　〇〇　年〇　月　〇　日 平成
現住所	申請者住所
勤務形態	常勤　・　非常勤

上記の者は、現在、当院に勤務していることを証明する。

令和　　年　　月　　日

証　明　者

住　　所　　東京都△△区△△2－2

医療施設名称　　医療法人〇〇会　〇〇診療所

氏　　名　　理事長名or管理者名　印

理事長印
or院長印

様式２と内容に齟齬がないことを確認

在職証明書の申請者氏名は、母体保護法指定医師申請者名

常勤もしくは非常勤に〇をつけてください

記入日

理事長名もしくは管理者名

個人印ではなく理事長印もしくは院長印

証明願の申請者氏名が母体保護法指定医師申請者名である場合には本証明書は不要です

９．誓約書（様式１０）

訂正は二重線
訂正印は不要

要記入（記載日）
※他の様式と同一で
ある必要は無い

（様式１０）

誓　約　書

令和○　年　○月　○日

東京都医師会長　殿

所　在　地：千代田区神田駿河台2-5

医療施設名：医療法人東京会　○○病院

申請者氏名：申請者氏名　　印　個人

個人印
要押印

下記の内容を遵守することを誓約いたします。

記

東京都医師会母体保護法指定医師の遵守すべき事項

1．母体保護法第１４条第１項により指定された医師は、この事項を遵守すべき旨、東京都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（場所、設備）があった時は、直ちに東京都医師会長へ届け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、設備要件の欠如又はその指定された医療施設より転出した場合には指定医師資格を喪失する。その際、直ちに指定医師証を東京都医師会長へ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）必要に応じ術後の受胎調節の指導を実施し、少子化傾向に鑑み、初産平均年齢を引き下げるよう努力するとともに家族計画を指導すること。

7．指定医師の診療内容は産婦人科医療を主体とすること。

8．指定医師は、地区医師会、東京都医師会、日本医師会、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会等が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。

１０．受講証明書
（母体保護法指定医師研修会参加証）

第 R05-01-001 号

証

原本を提出
※返却は致しかねます

申請者氏名　　殿

あなたは母体保護法指定医師の必須研修である母体保護法指定医師研修会を履修されたことを証します

会議名称等：令和５年度 第１回母体保護法指定医師研修会
（令和５年７月２日実施）

令和５年７月２日

有効期限：更新申請…令和６年11月末更新時
新規申請…受講日から２年間

公益社団法人 東京都医師会
会長　尾崎　治

※都道府県医師会の発行であればOK

※過去２年以内に都道府県医師会の
指定医であった場合は不要

研修機関指定申請（様式１２）
連携施設登録申請（様式１３）

■研修機関・連携施設の新規申請

医療機関から東京都医師会に直接ご送付ください

研修機関指定申請（様式１２）

（様式１２）

母体保護法指定医師研修機関指定申請書

令和○ 年 ○ 月 ○ 日

東京都医師会長 殿

施設所在地 東京都○○区○-○
医療施設名 医療法人○○会○○病院
管理者 ○○ ○○ 印
主任指導医 ○○ ○○ 個人 印

院長の公印

母体保護法指定医師研修機関として指定していただきたく、申請いた

記

手術等件数	開腹手術数（腹腔鏡手術を含む）	○○	例／年
	分娩数	○○	例／年
	人工妊娠中絶手術数	○○	例／年
	流産手術数	○○	例／年
母体保護法指定医師	主任指導医	A医師	
	他指定医師	B医師	

※上記母体保護法指定医師全員の指定医師証の写しを添付すること

注１） 指定医師研修機関は、２名以上の母体保護法指定医師（うち１名は主任指導医）を有する機関とする。また、主任指導医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及び原則として産婦人科専門医の資格を有するものであることを条件とする。

注２） 指定医師研修機関が上記条件をみたさなくなった場合には、速やかに指定医師研修機関を辞退すること。

要記入（記載日）

【条件】
年間で、産婦人科領域の開腹手術50例以上（腹腔鏡手術含）

【条件】
年間で120例以上

【条件】
2名以上の指定医師が必要
うち1名は主任指導医

【条件】
指定医師全員の指定証の写しを添付

連携施設登録申請（様式１３）

（様式１３）

母体保護法指定医師研修連携施設登録申請書

令和○ 年 ○ 月 ○ 日

東京都医師会長 殿

施設所在地 東京都○○区○-○
研修機関名 医療法人○○会○○病院
管理者氏名 ○○ ○○ 印
主任指導医 ○○ ○○ 個人 印

院長の公印

下記医療施設を、本施設の母体保護法指定医師研修連携施設として登録していただきたく、申請いたします。

上記の指定医師研修機関と連携することを同意します。

施設所在地 東京都○○区○-○
医療機関名 医療法人○○会○○病院
管理者氏名 ○○ ○○ 個人 印
主任指導医 ○○ ○○ 印

院長の公印

母体保護法指定医師	主任指導医	C医師
	他指定医師	

※上記母体保護法指定医師全員の指定医師証の写しを添付すること

注１） 指定医師研修連携施設は、１名以上の母体保護法指定医師（原則として主任指導医）を有する機関とする。また、主任指導医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及び原則として産婦人科専門医の資格を有するものであることを条件とする。

注２） 指定医師研修連携施設が上記条件をみたさなくなった場合には、速やかに指定医師研修連携施設を辞退すること。

要記入（記載日）

【条件】
1名以上の指定医師が必要
（原則として主任指導医）

東京都医師会へ提出

研修機関で記入

連携施設で記入

■各種変更手続

東京都での指定医師または、施設に下記の様な変更が生じた場合、下記事項をご確認のうえ、必要な手続きをお願いいたします。
地区医師会は通さず、東京都医師会に直接ご申請ください。

変更の種類	書類
指定医師が所属する医療機関、研修機関（連携施設）の住所が移転する（引越し）の場合	医療機関の移転（引越し）・建替え（敷地内移転）があった場合には、その時点で指定医師は失効（要返納）となり、改めて指定医師の申請が必要です。（様式１～１０）
指定医師が所属する医療機関の施設名、地番、電話番号、管理者氏名、診療科目、病床数、施設、設備の変更	母体保護法設備指定変更届（様式１１）
研修機関の指定医師に変更が生じた場合	研修機関変更届（様式１５） ※変更により条件を満たさなくなった場合は、辞退となる。
連携施設の指定医師に変更が生じた場合	連携施設変更届（様式１６） ※変更により条件を満たさなくなった場合は、辞退となる。
研修機関を辞退する場合	研修機関指定辞退届（様式１７）
連携施設を辞退する場合	連携施設登録辞退届（様式１８）

母体保護法設備指定変更届（様式１１）

指定医師が所属する医療機関の施設名、地番、電話番号、管理者氏名、診療科目、病床数、施設、設備の変更が発生した際に使用

（様式１１）

母体保護法設備指定変更届

要記入（記載日）

令和○　年　○　月　○　日

東京都医師会長　殿

現在の内容

地区医師会：　○○医師会

所属医療施設：　医療法人○○会　○○病院

指定設備番号：　113－　○○　－○○

指定医師氏名：　○○　○○　印　個人

変更の項目のみ記入

		変更前	変更後
1	医療施設名		
2	所在地	〒 TEL　－　－	〒 TEL　－　－
3	管理者氏名		
4	診療科目	産・婦・内・外・小・精・神 整・眼・耳・皮・麻・放・泌 その他〔　　〕	産・婦・内・外・小・精・神 整・眼・耳・皮・麻・放・泌 その他〔　　〕
5	病床数	室　床　当直室　有・無	室　床　当直室　有・無
6	産婦人科施設	（分娩室、手術室、回復室に関する変更内容）	
7	産婦人科設備	（分娩台、蘇生器具、転送電話等設備に関する変更内容）	
8	その他の変更		
9	変更した理由		
10	変更年月日	年　月　日	

注１　必要事項を記入または○で囲んでください。
注２　上記５、６の変更の場合は、施術場所の平面図を添付してください。
注３　指定証の記載内容が変更になる場合は、指定証を添付してください。

指定証の記載内容に変更があった場合
（地番変更による住所変更、医療機関名変更）
は、指定証全員の（原本）を返納する（本用紙も全員分必要）

東京都医師会より指定証を再発行します
（指定医師番号や設備指定番号の変更はない）

再発行までの間、指定が失効する事はありません

住所の地番変更やビル名変更等の際に使用

※医療施設の移転（引越し）、建替え（敷地内移転）があった場合には、その時点で指定医師は**失効（要返納）**となり、改めて指定医師の申請が必要です。（様式１～１０）

５.病床数、6.産婦人科施設の変更の場合は、施術場所の平面図を添付

必ず記入

訂正は二重線
訂正印は不要

母体保護法指定医師研修機関変更届（様式１５）

（様式１５）

母体保護法指定医師研修機関変更届

令和〇　年〇　月　〇日

東京都医師会長　殿

施設所在地　東京都〇〇区〇-〇
研修機関名　医療法人〇〇会〇〇病院
管理者　〇〇　〇〇　印
主任指導医　〇〇　〇〇　印
研修機関番号　213 － 〇〇　－ 〇〇

院長の公印

個人

母体保護法指定医師研修機関の指定を受けている本施設において、下記とおり変更がありましたので、届出いたします。

記

		変更前	変更後
母体保護法指定医師	主任指導医	A医師	A医師
	他指定医師	B医師	B医師
		C医師	C医師
		D医師	E医師
		F医師	F医師

※上記母体保護法指定医師（変更後）全員の指定医師証の写しを添付すること

注１）　指定医師研修機関は、２名以上の母体保護法指定医師（うち１名は主任指導医）を有する機関とする。また、主任指導医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及び原則として産婦人科専門医の資格を有するものであることを条件とする。

注２）　指定医師研修機関が上記条件をみたさなくなった場合には、速やかに指定医師研修機関を辞退すること。

要記入（記載日）

研修機関の指定医師に変更が生じた場合に使用

訂正は二重線
訂正印は不要

指定医師（変更後）全員の指定医師証の写しを添付

例)変更はＤ医師 → Ｅ医師のみだが、変更後の指定医師全員(ＡＢＣＥＦ医師)の指定証の写しを添付

既に指定医師となっている医師が対象となる

※本変更届を申請する審査会の日に、指定医の新規申請をする医師は対象外となる（指定後に改めて申請して下さい）

変更により、研修機関の条件を満たさなくなった場合は、辞退となる
※辞退届（様式17）を提出

母体保護法指定医師研修連携施設機関変更届（様式１６）

連携施設の指定医師に変更が生じた場合に使用

連携施設で記入し、研修機関を通じて、東京都医師会へ提出

訂正は二重線
訂正印は不要

要記入（記載日）

（様式１６）

母体保護法指定医師研修連携施設変更届

令和〇　年　〇月　〇日

東京都医師会長　殿

施設所在地　東京都〇〇区〇-〇
研修機関名　医療法人〇〇会〇〇病院
管理者氏名　〇〇　〇〇　印
主任指導医　〇〇　〇〇　印
研修機関番号　213 － 〇〇 － 〇〇

院長の公印

個人

本施設の指定医師研修連携施設である下記医療施設の内容に変更がありましたので、届出いたします。

施設所在地　東京都〇〇区〇-〇
連携施設名　医療法人〇〇会〇〇病院
管理者氏名　〇〇　〇〇　印
主任指導医　〇〇　〇〇　印
連携施設番号　313 － 〇〇 － 〇〇

院長の公印

個人

		変更前	変更後
母体保護法指定医師	主任指導医	A 医師	A 医師
	他指定医師	B 医師	B 医師
		C 医師	C 医師
		D 医師	E 医師

※上記母体保護法指定医師（変更後）全員の指定医師証の写しを添付すること

注１）　指定医師研修連携施設は、１名以上の母体保護法指定医師（原則として主任指導医）を有する機関とする。また、主任指導医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及び原則として産婦人科専門医の資格を有するものであることを条件とする。

注２）　指定医師研修連携施設が上記条件をみたさなくなった場合には、速やかに指定医師研修連携施設を辞退すること。

研修機関で記入 → 東京都医師会

連携施設で記入

既に指定医師となっている医師が対象となる
※本変更届を申請する審査会の日に、指定医の新規申請をする医師は対象外となる（指定後に改めて申請して下さい）

指定医師（変更後）全員の指定医師証の写しを添付
例)変更はＤ医師 → Ｅ医師のみだが、変更後の指定医師全員(ＡＢＣＥＦ医師)の指定証の写しを添付

変更により、連携施設の条件を満たさなくなった場合は、辞退となる
※辞退届（様式18）を提出

研修機関指定辞退届（様式１７）
連携施設登録辞退届（様式１８）

研修機関辞退届（様式１７）

要記入（記載日）

（様式１７）

母体保護法指定医師研修機関指定辞退届

令和○ 年 ○ 月 ○ 日

東 京 都 医 師 会 長 殿

施設所在地 東京都○○区○-○
研修機関名 医療法人○○会○○病院
管理者氏名 ○○ ○○ 印
主任指導医 ○○ ○○ 印 個人
研修機関番号 213 － ○○ － ○○

院長の公印

母体保護法指定医師研修機関の指定について、下記の理由により辞退いたしたく届出いたします。

記

【辞退理由】

○○ ○○のため

【辞退年月日】

年 月 日

注）研修連携施設がある場合には、当該施設の辞退届（様式１８）を添付すること。

連携施設がある場合は、連携施設も失効となるので、研修連携施設辞退届（様式１８）も提出する

研修連携施設辞退届（様式１８）

要記入（記載日）

（様式１８）

母体保護法指定医師研修連携施設登録辞退届

令和○ 年 ○ 月 ○ 日

東 京 都 医 師 会 長 殿

施設所在地 東京都○○区○-○
研修機関名 医療法人○○会○○病院
管理者氏名 ○○ ○○ 印
主任指導医 ○○ ○○ 印 個人
研修機関番号 213 － ○○ －○○

院長の公印

本施設の指定医師研修連携施設である下記医療機関について、下記の理由により研修連携施設の登録を辞退いたしたく届出いたします。

施設所在地 東京都○○区○-○
連携施設名 医療法人○○会○○病院
管理者氏名 ○○ ○○ 印
主任指導医 ○○ ○○ 印 個人
連携施設番号 313 － ○○ － ○○

院長の公印

【辞退理由】

○○ ○○のため

【辞退年月日】

年 月 日

注）連携している指定医師研修機関を通して届け出ること。

連携施設が辞退する場合は、研修機関経由で提出する

東京都医師会へ提出

研修機関で記入

連携施設で記入

訂正は二重線
訂正印は不要