

母体保護法指定医師 申請マニュアル

(第5版 2026年3月)

■審査会日程 (令和8年度予定)

基本：奇数月 第1水曜日

令和8年5月13日(水)、令和8年7月1日(水)、令和8年9月2日(水)
令和8年11月4日(水)、令和9年1月6日(水)、令和9年3月3日(水)

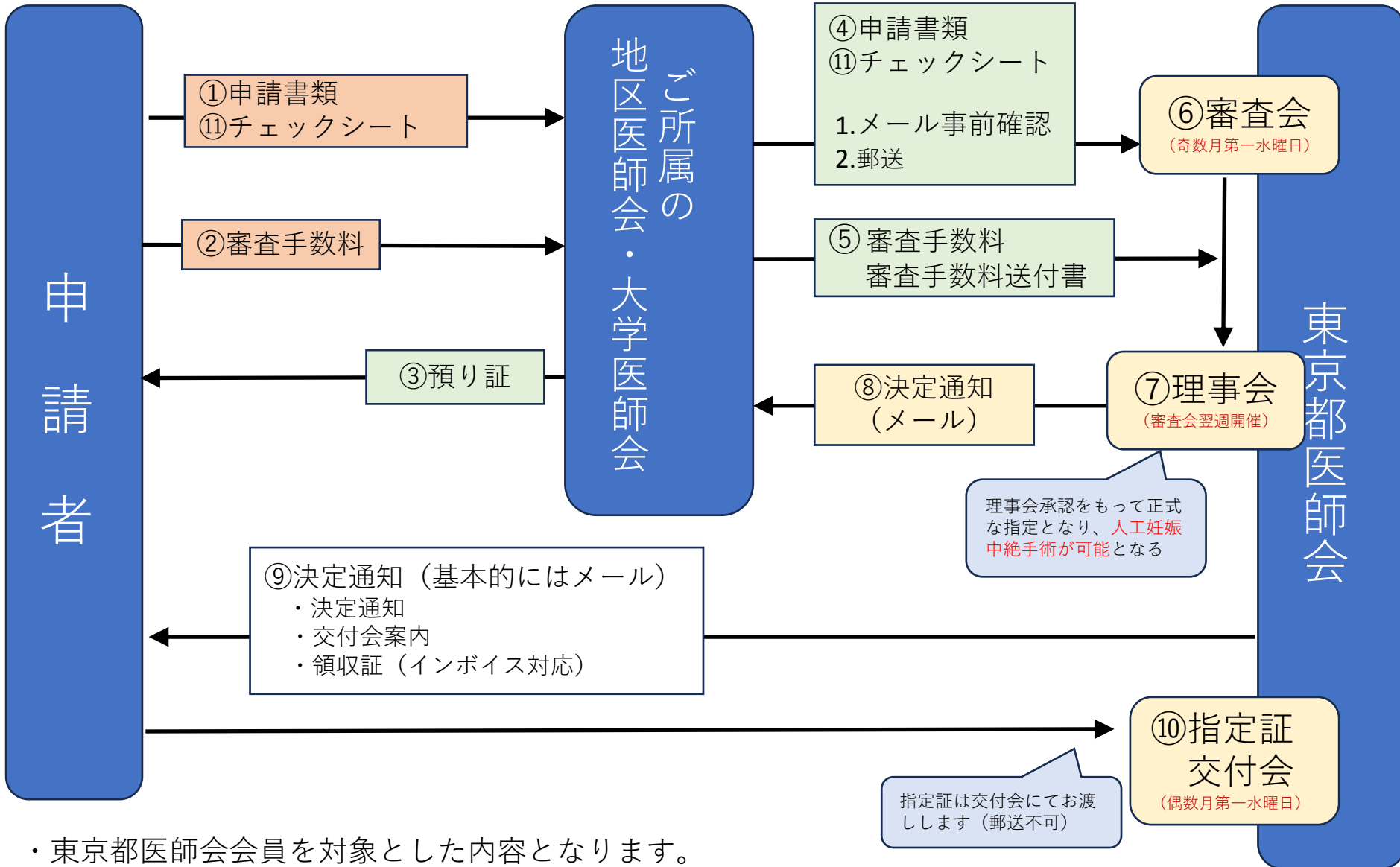
※地区医師会のご担当者様は、審査会の前月第三金曜日までに東京都医師会に
申請書が到着するようにご送付いただきますようお願いいたします。

本マニュアルの構成

- [指定医師の申請](#) P1～18
- [研修施設・連携施設の申請](#) P19
- [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。

申請フロー	概要
①申請書類	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整え、⑪チェックシートを添付してご所属の地区医師会へご提出ください。
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。 支払（受取）記録が必要な場合は、地区医師会が「預り証」を発行します。
④申請書類	本マニュアルと⑪チェックシートにより 不備が無い事を確認のうえ 、地区医師会から東京都医師会へ事前にメールにてご連絡下さい。東京都医師会での確認が終わりましたら、原本（チェックシートも含む）を郵送いただきます。
⑤ 審査手数料・ 審査手数料送付書	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（※変動有 詳細は表紙を参照）
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
⑪チェックシート	書類の不足・不備の確認を行い、申請書類一式と併せてご提出いただきます。

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](https://www.tokyo.med.or.jp)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

0. 母体保護法指定医師指定申請書（様式1）	必ず提出
1. 母体保護法指定医師指定原簿（様式2）	必ず提出
2. 履歴書（様式3）	必ず提出
3. 地区医師会長の意見書（様式4）	必ず提出
4-①. 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
4-②. 指導証明書（様式5）	※4-①または4-③を提出する場合は不要
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	過去に指定医だった場合のみ提出
5. 研修症例実施報告書（附則様式1または2）	※4-③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）	医療施設の平面図と共に必ず提出
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））	必ず提出
8. 誓約書（様式10）	必ず提出
9. 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
10. 提出書類チェックシート	申請者がチェックし、地区医師会が内容を確認したうえで 必ず提出

0. 母体保護法指定医師指定申請書（様式1）

訂正は二重線
訂正印は不要

（様式1）

母体保護法指定医師指定申請書

西暦 年 月 日

東京都医師会長 殿

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
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） | 1通 |
| 5. 研修症例実施報告書（附則様式）
※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 | 1通 |
| 6. 母体保護法設備指定原簿（様式7）
※医療施設の平面図を添付 | 1通 |
| 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） | 1通 |
| 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。

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

要記入（記入日）
※他の様式と同一で
ある必要は無い

個人印

1. 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

訂正は二重線
訂正印は不要

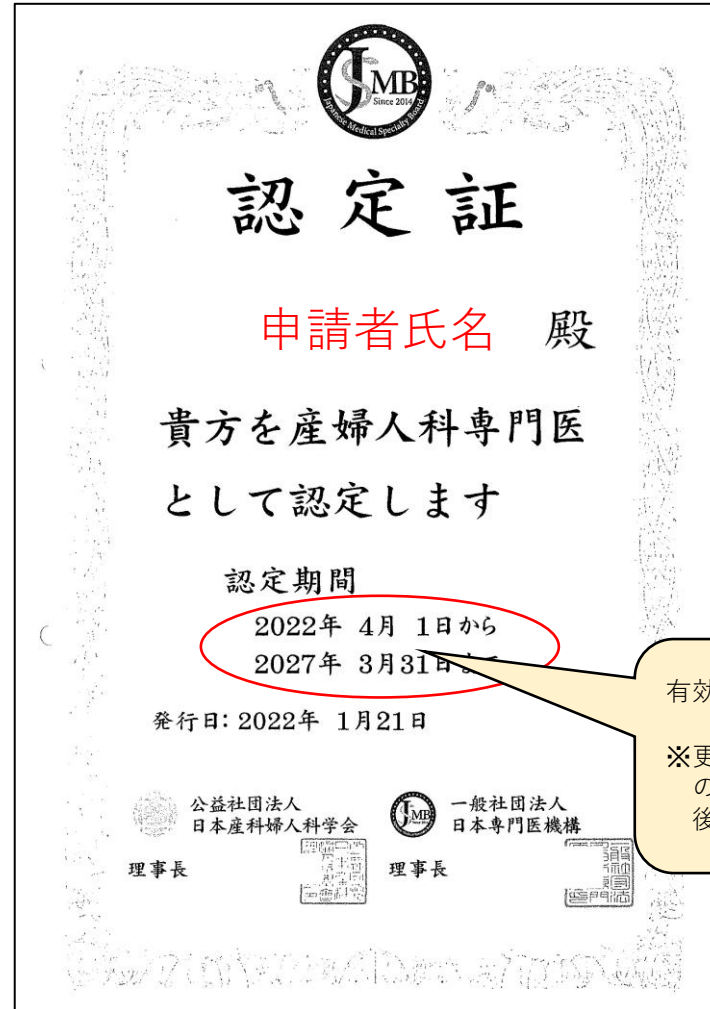
1	ふりがな	〇〇 〇〇	個人印											
1	申請者氏名	申請者氏名	写真（必要） （マスク不可）											
2	生年月日	西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日（満〇〇才）	年齢 審査会当日の満年齢											
3	現住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-1 TEL 03 - 1234 - 5678	メールアドレス 正式承認後に指定証交付会のご案内を本メールアドレス宛てに送付します。											
4	メールアドレス	botai@tokyo.med.or.jp	医療機関情報 法人名を含め、証明書（様式8または9）との一致を確認											
5	本籍地（都道府県）	東京都												
6	所属地区医師会	〇〇区医師会	入会・異動手続き中の場合、「会員」を選択してください。											
7	医療施設名	医療法人 〇〇会 〇〇病院												
8	所在地	〒987-6543 東京都△△区△△△ TEL 03 - 9876 - 5432	日付 記入漏れ注意											
9	管理者氏名	〇〇 〇〇												
10	医師会・学会等入会状況	<table border="1"> <tr> <td>地区医師会</td> <td>会員・非会員</td> <td>東京産婦人科医会</td> <td>会員・非会員</td> </tr> <tr> <td>東京都医師会</td> <td>会員・非会員</td> <td>東京産科婦人科学会</td> <td>会員・非会員</td> </tr> <tr> <td>日本医師会</td> <td>会員・非会員</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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		
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													
11	出身学校	学校名 〇〇大学 卒業年月日 西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日	産婦人科専門医であれば、 専門医番号を必ず記入 （専門医証との一致を確認）											
12	医籍登録	番号 123456 登録年月日 西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日												
13	産婦人科専門医番号	12-34567890	「13産婦人科専門医番号」を 記入した場合は 記入不要											
14	指導を受けた医療施設 <small>※13に記入した場合は記入不要</small>	医療施設名 指導医名 指導期間												
15	以前指定を受けた都道府県 <small>（該当者のみ）</small>	都道府県名 指定年月日 西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日	※過去に指定を受けていた場合は、 直近の 指定日 を記入											

※必要事項を記入または○で囲んでください

該当者は
記入

4-①. 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。



有効期間内のものをご提出ください

※更新手続中等の場合、直近の認定期間の写しをご提出いただき、後日、更新後の写しをご提出ください

4-①産婦人科専門医の「専門医証」の写しまたは4-③指定証の写しを提出した場合は、不要

(様式5)

指導証明書

東京都医師会長 殿

西暦 年 ○ 月 ○ 日

要記入（記入日）
※他の様式と同一である必要はない

訂正は二重線
訂正印は不要

所在地	〇〇病院	院長の公印
現在の院長氏名	指導施設名 〇〇 〇〇	
現在の主任指導医氏名	管理者氏名 〇〇 〇〇	
	主任指導医名 〇〇 〇〇	

(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

- 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。
- 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（西暦で記入）
△△ △△	自 西暦 年 月 日 至 西暦 年 月 日 の 年 ヵ月
◇◇ ◇◇	自 年 月 日 至 年 月 日 の 年 ヵ月
	自 年 月 日 至 年 月 日 の 年 ヵ月

指導期間が合わせて3年以上必要
複数の医療機関の研修機関を合わせて3年という場合は、本様式を1施設ごとに1枚ずつ使用する

本様式は指定基準の「産婦人科の研修を3年以上受けたもの」を証明するための書類です

研修症例を実施した医療機関の証明書については、研修症例実施報告書の記載（年月日等）と一致している必要があります
（当該医療施設が当時都道府県医師会が指定した研修機関であったか、2名以上の指定医が存在したか等）

(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5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5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。(*薬物のみによる人工妊娠中絶は症例数に含めない。)

- (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。

「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」
複数の医療機関で産婦人科の研修を行った場合
⇒本様式が複数枚必要

当時指導を受けた医師の氏名を記入する
※研修症例を実施した医療機関の場合、**必ず2名の母体保護法指定医師氏名**を記入
(研修症例を実施するための研修機関は2名以上の指定医師が必須の為)

※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、9.母体保護法指定医師研修会参加受講証（原本）も不要

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

■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 〇

医療機関名 〇

氏 名 〇

母体保護法第14条による指定医師に指定する
(指定期間 西暦 年 月 日まで)

西暦 年 月 日

公益社団法人 東京都医師会

■東京都医師会が発行の「指定証の写し」が無い場合

紛失等により、指定証の写を提出不可の場合は、東京都医師会事務局へお問合せ下さい

■他道府県医師会が発行の「指定証の写し」が無い場合 (様式6)

(様式2)

母体保護法指定医師指定原簿

1	申請者氏名	印	写真 (2×4cm)
2	生年月日	西暦 年 月 日 (満 才)	
3	現 住 所		
4	メールアドレス		
5	本居地(都道府県)		
6	所属地区医師会		
7	医療施設名		
8	所在地		
9	管理責任者氏名		
10	医師会・学会等 人合状況	地区医師会 会員・非会員 東京都婦人科医会 会員・非会員 日本医師会 会員・非会員 東京都婦人科 学会 会員・非会員	
11	出身学校	学 校 名 卒業年月日	西暦 年 月 日
12	医 籍 登 録	登 録 年 月 日	西暦 年 月 日
13	婦人科専門医番号	医療施設名 部署名	指導医氏名
14	指導を受けた 研修施設 参加した学会 の名称	指導医氏名	
15	以前指定を受けた (該当する)	都道府県名 指定年月日	西暦 年 月

「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

証明書(様式6) 又は、指定元の道府県医師会が発行する証明書を提出

※いずれも申請者が、指定元の道府県医師会へ発行を依頼する

(様式6)

証 明 書

西暦 年 月 日

東京都医師会 会長 様

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	
所属施設名	
所 在 地	
指定期間	西暦 年 月 日 ~ 年 月 日

医師会
会長 印

5. 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

（附則様式1）

研修機関用

研修症例実施報告書

西暦 ○○○○ 年 ○ 月 ○ 日

東京都医師会 会長 職

研修施設が記入日を記載

所在地 : ○○○○

研修施設名 : ○○病院

管理者名 : ○○ ○○

院長印
公印

現在の院長氏名

研修医師氏名（

No.	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
1	○○○○年○月○日	1 ・ 2		
2		1 ・ 2		
3		1 ・ 2		
4		1 ・ 2		
5		1 ・ 2		
6		1 ・ 2		
7		1 ・ 2		
8		1 ・ 2		
9		1 ・ 2		
10		1 ・ 2		

※必要事項を記入または○で囲んでください

【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特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、10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5例以上の人工妊娠中絶手術*を含むこととする。（*薬物のみによる人工妊娠中絶は症例数に含めない）

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。

4-③. 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

※東京都医師会にて、当該医療機関が研修症例が実施された日時において研修機関として登録されているかを確認します
※他道府県の施設であれば、所管の道府県医師会に確認します。

10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5例以上必要
※薬物のみによる人工妊娠中絶は症例数に含むことはできません。

院長の公印を押印

■院長公印が無い場合
院長個人印+病院印
院長個人印+法人印
のいずれかにてご対応ください

申請者が研修症例を実施した年月日の在籍状況について、履歴書の記載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により当時の主任指導医との照合を行います
※医療機関が研修機関の申請をする際には、主任指導医を申告することとなっています。
※当時指導を受けた指定医が必ずしも主任指導医ではない点に注意。

複数の研修機関にまたがって研修症例を実施した場合、本様式は1施設につき1枚作製し、複数の施設での症例を合計して条件を満たしていればOK

5. 研修症例実施報告書（附則様式2）連携施設用

(附則様式2)

連携施設用

研修症例実施報告書

要記入
※記入日

西暦

〇〇〇〇年 〇 月 〇 日

東京都医師会長 殿

【A 研修機関】

所在地 : 〇〇〇〇
 施設名 : 〇〇病院
 管理者名 : 〇〇 〇〇

現在の院長氏名

院長
公印

【B 研修施設（連携施設）】

所在地 : 〇〇〇〇
 施設名 : 〇〇病院
 管理者名 : 〇〇 〇〇

現在の院長氏名

院長
公印

AかBを記入

研修医師氏名 (〇〇 〇〇)

訂正は二重線
訂正印は不要

※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されているか確認します

院長の公印を押印

■院長公印が無い場合
 院長個人印+病院印
 院長個人印+法人印
 のいずれかにてご対応ください

10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5例以上必要
 ※薬物のみによる人工妊娠中絶は症
 例数に含むことはできません。

申請者が研修症例を実施した年
 月日の在籍状況について、**履歴
 書の記載**と一致している必要が
 あります

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		主任指導医名
			A	B	
1 〇〇〇〇年〇月〇日	1・2				
2	1・2				
3	1・2				
4	1・2				
5	1・2				
6	1・2				
7	1・2				
8	1・2				
9	1・2				
10	1・2				

※必要事項を記入または〇で囲んでください

※施設コード：A…研修機関、B…研修施設（連携施設）

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
 ※医療機関が研修機関の申請をする際には、主任指導医を
 申告することとなっています。
 ※当時指導を受けた指定医が必ずしも主任指導医ではない
 点に注意。

【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法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、10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5例以上の人工妊娠中絶手術*を含むこととする。(*薬物のみによる人工妊娠中絶は症例数に含めない)

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。

複数の研修連携施設にまたがって
 研修症例を実施した場合、本様式
 は1施設につき1枚作製し、複数
 の施設での症例を合計して条件を
 満たしていればOK

6. 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（記入日）
※他の様式と同一である必要は無い

西暦 ○○○○年 ○ 月 ○ 日

所属地区医師会：○○区医師会

申請者氏名：申請者氏名

個人印

個人印
※要押印

様式8または9の内容と一致

他に指定医が存在する場合は、必ず固有の設備指定番号があります
「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、空欄で結構です

平面図の要件
以下が判るように図示して下さい

- * **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 **mi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

1	医療施設名	医療法人 ○○会 ○○病院					
2	所在地	〒 987-6543 東京都△△区△△2-2 TEL 03 - 9876_ 5432					
3	管理者氏名	○○ ○○					
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-○○-○○○○					
5	診療科目	産・婦・内・外・小・精・神・整・眼・耳・皮・麻・放・泌 「別紙」と記入し、診療科一覧を提出する事も可 その他（ ）					
6	病床数	○○室	○○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○○名（内訳：常勤○○名/非常勤○○名）				
		看護師	○○名	助産師	○○名	准看護師	○○名
		医療施設全体の1日当たりの当直医		○○名	看護補助者	○○名	

「病床室数」の記入漏れ注意
全て記入・選択
空欄が無い事を確認！

※必要事項を記入または○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

6. 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

平面図の要件

以下が判るよう**図示**して下さい

* **手術室**（中絶手術を行う部屋）

※処置室や内診室を手術室として使用している場合、その旨を追記してください。また、その場合は、緊急時にストレッチャーが入るスペースがあることや、生体モニターが常設してある必要があります。

* **回復室**（手術後、患者さんを回復のために休ませる部屋）と **m²数**

※手術後に手術室で引き続き患者を回復させる場合には、その旨を平面図上に明記してください。

※LDR室が該当する場合は、その旨を記載する。

* **待機室**（医師が休憩する部屋）
スタッフルームでもOK

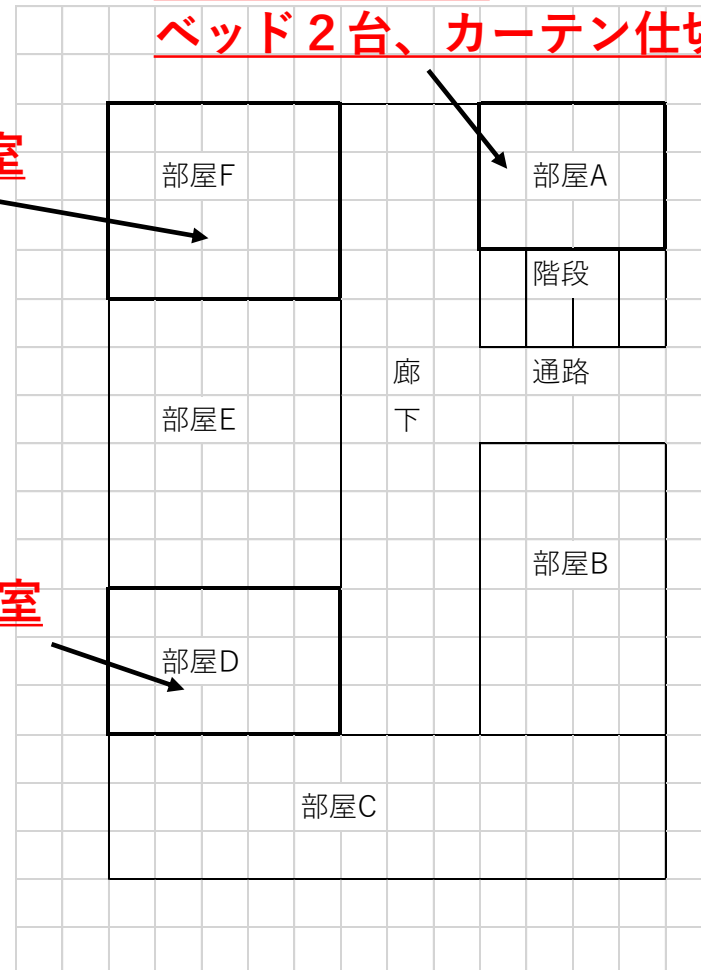
平面図（例）

回復室 〇〇m²

ベッド2台、カーテン仕切りあり

手術室

待機室



7. 証明願（様式8または9）

診療所（保健所に依頼）

病院用（東京都に依頼）

(様式8：診療所関係)

要記入（記入日）
※他の様式と同一である必要はない

西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日

個人印

証 明 願

△△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 個人印

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	西暦〇〇〇〇年 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。

西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日（証明番号：〇〇〇〇）

保健所長 〇〇 〇〇

保健所の公印

(様式9：病院関係)

要記入（記入日）
※他の様式と同一である必要はない

西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日

個人印

証 明 願

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 個人印

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	西暦〇〇〇〇年 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。

西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日（証明番号：〇〇〇〇）

東京都知事 〇〇 〇〇

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

証明願を指定医師の申請者名で申請できない場合

保健所により、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週間かかるとのこと

※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	西暦 ○○○○年 ○月 ○日
現住所	申請者住所
勤務形態	<input checked="" type="radio"/> 常勤 ・ <input type="radio"/> 非常勤

様式2との一致を確認

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○をつけてください

記入日

上記の者は、現在、当院に勤務していることを証明する。

西暦 年 月 日

証明者

住所 東京都△△区△△2-2

医療施設名称 医療法人○○会 ○○診療所

氏名 理事長名or管理者名

印
理事長印
or
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

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

■理事長または管理者の公印が無い場合
個人印+病院印
個人印+法人印
のいずれかにてご対応ください

8. 誓約書（様式10）

訂正は二重線
訂正印は不要

要記入（記入日）
※他の様式と同一で
ある必要はない

（様式10）

誓約書

西暦〇〇〇〇年 〇月 〇日

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 〇〇病院
申請者氏名: 申請者氏名 **個人**

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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
 - 人工妊娠中絶手術の適応を厳守すること。
 - 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。
 - 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。
- 指定医師の診療内容は産婦人科医療を主体とすること。
- 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、日本産婦人科医学会等を行う研修会の受講を怠ってはならない。
- 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。

個人印
要押印

9. 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

申請者氏名 殿

原本を提出
※返却は致しかねます

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

会議名称等：令和5年度 第1回母体保護法
（令和5年7月2日実施）

有効期限内のものを提出
※受講日から審査日が2年以内

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提出不要

■ 研修機関・連携施設の新規申請

研修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)

連携施設登録申請 (様式13)

(様式12)
母体保護法指定医師研修機関指定申請書

西暦 ○○○○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 ○○ ○○
 主任指導医 ○○ ○○

要記入 (記入日)

院長の公印

【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

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1妊婦中絶手術数	○○ 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
		B医師
	他指定医師	

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、申請いたします。

記

(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。

(様式13)
母体保護法指定医師研修連携施設登録申請書

西暦 ○○○○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 ○○ ○○
 主任指導医 ○○ ○○

要記入 (記入日)

院長の公印

院長の公印

院長の公印

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○-○
 研修機関名 医療法人○○会○○病院
 管理者氏名 ○○ ○○
 主任指導医 ○○ ○○

院長の公印

【条件】
 1名以上の指定医師が必要
 (原則として主任指導医)

母体保護法指定医師	主任指導医	C医師
	他指定医師	

連携施設で記入

研修機関で記入

東京都医師会へ提出

(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。

■ 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。

	変更の種類	手続・提出書類	提出方法
(A)	指定医師が指定を受けている医療機関を退職した場合	指定を受けている医療機関を退職した時点で指定は失効します。 すみやかに東京都医師会事務局へ <u>指定証を返納</u> してください。 ※研修機関・研修連携施設所属の指定医師が退職した場合は下記（D・E）を参照してください。	
(B)	指定医師が所属する医療機関、研修機関・研修連携施設の住所が移転する（ 引越し ）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、設備と医師の指定は失効 となります。 東京都医師会事務局へ <u>指定証を返納</u> し、改めて指定医師の申請（様式1～10）が必要です。また、当該医療機関が研修機関・研修連携施設の場合は 辞退 となるため、下記（D・E）を参照してください。	指定医から東京都医師会へ直接提出
(C)	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	<u>「母体保護法設備指定変更届（様式11）」</u> ※ 施設名・地番 の変更がある際は、指定証の表記に変更が生じるため、再発行のため指定証を返却してください。また、研修機関に指定されている場合、研修機関指定証の表記にも変更が生じるため、再発行のため研修機関指定証を返却してください。なお、いずれの場合も指定証再発行までの間、指定は有効です。	
(D)	研修機関の指定医師の構成に変更が生じた場合	<u>「研修機関変更届（様式15）」</u> ※ 変更により条件を満たさなくなった場合は、研修機関の辞退となる（様式17）。	研修機関から東京都医師会へ直接提出
(E)	連携施設の指定医師の構成に変更が生じた場合	<u>「連携施設変更届（様式16）」</u> ※ 変更により条件を満たさなくなった場合は、連携施設の辞退となる（様式18）。	連携施設から研修施設を通じて東京都医師会へ提出

2枚組となっております、1枚目に施設名や所属医師氏名等を記入し、2枚目に変更が生じた設備を記載してください。

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

1 枚目

要記入 (記入日)

(様式 1 1)

母体保護法設備指定変更届

西暦 年 月 日

東京都医師会長 殿

下記の母体保護法指定医師が属する施設設備に変更が生じたため、別紙のとおり設備指定変更を届け出ます。

記

地区医師会	〇〇医師会		
医療施設名	医療法人〇〇会 〇〇病院		
指定設備番号	113- 〇〇 〇〇〇〇		
指定医師名	1	〇〇	〇〇
	2	〇〇	〇〇
	3	〇〇	〇〇
	4	〇〇	〇〇
	5	〇〇	〇〇
	6		
	7		
	8		
	9		
	10		

※指定医師名記載欄が不足した場合には、複数枚使用してください。

※必ず別紙に設備指定の変更内容を記載してください。

2 枚目

変更項目のみを記入して下さい
(項目 9・10 は必須)

(別紙)

	変更前	変更後
1 医療施設名		
2 所在地	T TEL - -	T 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	西暦 年 月 日	

注1 必要事項を記入または〇で囲んでください。

注2 上記5、6の変更の場合は、施設場所の平面図を添付してください。

注3 上記1、2の変更の場合は、指定証を添付してください。

1.医療機関名、2.所在地の変更を届け出る場合は、指定証を再発行しますので、指定証を添付して下さい。

再発行までの間も指定は有効です。

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)

6.産婦人科施設、7.産婦人科設備の変更の場合は、変更前後の平面図を添付

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

西暦 2024 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 ○○ ○○
 主任指導医 ○○ ○○
 研修機関番号 213 - ○○ - ○○○○

院長
の
公印

個人

要記入（記入日）

研修機関の指定医師の人数が増減した場合、もしくは主任指導医が変更となった場合に提出が必要

研修機関から東京都医師会に直接ご送付ください

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の指定を受けている本施設において、下記の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

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（指定後に改めて申請して下さい）
 例：3月に指定医師申請→5月に研修機関変更届を提出

（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。

変更により、研修機関の条件を満たさなくなった場合（指定医が1名以下）は、研修機関の辞退となる
 ※辞退届（様式17）を提出

母体保護法指定医師研修連携施設変更届（様式16）

連携施設の指定医師の構成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

(様式16)

母体保護法指定医師研修連携施設変更届

西暦 2024 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 **院長の公印**

管理者氏名 ○○ ○○

主任指導医 ○○ ○○

研修機関番号 213 - ○○ - ○○○○ **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。

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○-○ **院長の公印**

連携施設名 医療法人○○会○○病院

管理者氏名 ○○ ○○

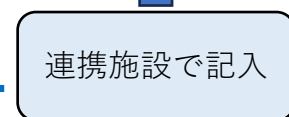
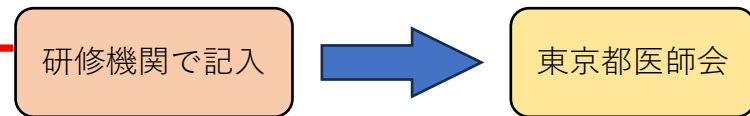
主任指導医 ○○ ○○ **個人**

連携施設番号 313 - ○○ - ○○○○ **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

(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。



訂正は二重線
 訂正印は不要

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）
 例：3月に指定医師申請→5月に連携施設変更届を提出

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

研修機関・連携施設を辞退する場合に使用

研修機関は東京都医師会へ提出
 連携施設は、研修機関を通じて、東京都医師会へ提出

研修機関辞退届 (様式 17)

(様式 17)

要記入 (記入日)

母体保護法指定医師研修機関指定辞退届

西暦〇〇〇〇年 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

主任指導医 〇〇 〇〇

研修機関番号 213 - 〇〇 - 〇〇〇〇

院長の公印

主任指導医 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】 〇〇〇〇のため

東京都医師会へ提出

研修機関で記入

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

(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

研修連携施設辞退届 (様式 18)

(様式 18)

要記入 (記入日)

母体保護法指定医師研修連携施設登録辞退届

西暦〇〇〇〇年 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

主任指導医 〇〇 〇〇

研修機関番号 213 - 〇〇 - 〇〇〇〇

院長の公印

主任指導医 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

主任指導医 〇〇 〇〇

連携施設番号 313 - 〇〇 - 〇〇〇〇

院長の公印

主任指導医 印

【辞退理由】 〇〇〇〇のため

【辞退年月日】 西暦 年 月

連携施設で記入

東京都医師会へ提出

研修機関で記入

連携施設が辞退する場合は、研修機関経由で提出

(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

訂正は二重線
訂正印は不要