

( 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)	写 真 (3×4cm)	
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