

(様 式 5)

指 導 証 明 書

年 月 日

東 京 都 医 師 会 長 殿

所 在 地 _____

指 導 施 設 名 _____

管 理 者 氏 名 _____ 印

主 任 指 導 医 名 _____ 印

(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 。

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 月
	自 年 月 日
	至 年 月 日 の 年 月
	自 年 月 日
	至 年 月 日 の 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。