

(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。