

(様式 1 2)

母体保護法指定医師研修機関指定申請書

年 月 日

東京都医師会長 殿

施設所在地 _____

医療施設名 _____

管 理 者 _____ 印

主任指導医 _____ 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、申請いたします。

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		
	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。