

(様式 1 3)

母体保護法指定医師研修連携施設登録申請書

年 月 日

東京都医師会長 殿

施設所在地 _____

研修機関名 _____

管理者氏名 _____ 印

主任指導医 _____ 印

下記医療施設を、本施設の母体保護法指定医師研修連携施設として登録していただきたく、申請いたします。

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 _____

医療機関名 _____

管理者氏名 _____ 印

主任指導医 _____ 印

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。