

(様式 16)

母体保護法指定医師研修連携施設変更届

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

研修機関番号 213 - - _____

本施設の指定医師研修連携施設である下記医療施設の内容に変更がありましたので、届出いたします。

施設所在地 _____

連携施設名 _____

管理者氏名 _____ 印

主任指導医 _____ 印

連携施設番号 313 - - _____

| | | 変更前 | 変更後 |
|-----------|-------|-----|-----|
| 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（変更後）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。