

(様 式 1 9)

母体保護法指定医師更新申請書

(年 月 日現在)

1	ふりがな				
	申請者氏名	印			
2	生年月日	年	月	日生 (満才)	
3	現住所	〒			
		TEL	—	—	
4	指定医師番号	013	—	—	
5	所属地区医師会				
6	医療施設名				
7	所在地	〒			
		TEL	—	—	
8	指定設備番号	113	—	—	
9	医師会・学会等 入会状況	地区医師会	会員・非会員	東京産婦人科医会	会員・非会員
		東京都医師会	会員・非会員	東京産科婦人科 学会	会員・非会員
		日本医師会	会員・非会員		
		非会員の理由			
10	日本産婦人科医会等 主催の講習会・研修会 受講状況	講習会・研修会名	受講年月日	参加証枚数	
更新の際、下記研修の受講を証明するものの提出を義務付ける。 ①母体保護法指定医師研修会参加証 1枚 ②日本産婦人科医会研修参加証 6枚相当 (日本医師会生涯教育講座、東京都医師会主催の研修会、日本産科婦人科学会研修会等の受講を勧奨する)					
11	医事に関する法規違反				

※必要事項を記入または○で囲んでください