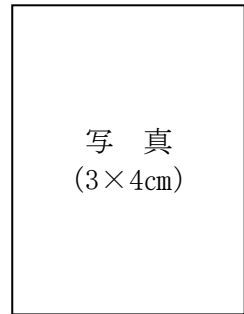


(様 式 2)

母体保護法指定医師指定原簿

1	ふりがな				
	申請者氏名	印			
2	生年月日	西暦	年	月	日(満才)
3	現住所	〒			
		TEL — —			
4	メールアドレス				
5	本籍地(都道府県)				
6	所属地区医師会				
7	医療施設名				
8	所在地	〒			
		TEL — —			
9	管理者氏名				
10	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		
11	出身学校	学 校 名			
		卒業年月日	西暦	年	月
12	医 籍 登 録	番 号			
		登録年月日	西暦	年	月
13	産婦人科専門医番号				
14	指導を受けた 医療施設 ※13に記入した場合は 記入不要	医療施設名			
		指 導 医 名			
		指 導 期 間			
15	以前指定を受けた 都道府県 (該当者のみ)	都道府県名			
		指定年月日	西暦	年	月



※必要事項を記入または○で囲んでください