

(様 式 2 1)

母体保護法指定医師研修連携施設更新申請書

(年 月 日現在)

1	研修連携施設名		
2	所在地	〒	
		TEL	— —
3	管理者	印	
4	主任指導医	印	
5	研修機関番号	3 1 3 — —	
6	母体保護法指定医師 ※更新する医師のみ記載	主任指導医	
		他指定医師	

※連携している指定医師研修機関を通して申請すること。

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。