

( 様式 1 )

## 母体保護法指定医師指定申請書

年 月 日

東京都医師会長 殿

所在地： \_\_\_\_\_

医療施設名： \_\_\_\_\_

申請者氏名： \_\_\_\_\_ 印

母体保護法指定医師の指定について、下記の書類を添えて申請します。

### 記

- |   |     |
|---|-----|
| 1. 母体保護法指定医師指定原簿 (様式 2)   | 1 通 |
| 2. 履歴書 (様式 3)   | 1 通 |
| 3. 地区医師会長の意見書 (様式 4)  | 1 通 |
| 4. 産婦人科専門医の「専門医証」の写し 又は<br>指導証明書 (様式 5) 又は<br>都道府県医師会において指定医師であった場合、それを証明し得る書類<br>(指定証の写し又は証明書 (様式 6) 又は道府県医師会発行の証明書) | 1 通 |
| 5. 研修症例実施報告書 (附則様式)<br>※都道府県医師会の指定医師証の写し又は (様式 6) を提出する場合は不要  | 1 通 |
| 6. 母体保護法設備指定原簿 (様式 7)<br>※医療施設の平面図を添付   | 1 通 |
| 7. 証明願<br>※診療所は保健所の証明 (様式 8)、病院は東京都の証明 (様式 9)   | 1 通 |
| 8. 誓約書 (様式 10)  | 1 通 |
| 9. 受講証明書 (母体保護法指定医師研修会参加証)<br>※過去 2 年以内に都道府県医師会の指定医師であった場合は不要   |     |

---

\* 上記 4 の要件とは別に、資格確認のため産婦人科専門医を取得している場合は「専門医証」の写しを添付してください。