

(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 (正式名称)				
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		
10	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 (原本) 1枚 ②日本産婦人科医会研修参加証 6枚相当				
	①母体保護法指定医師研修会参加証	添付のとおり (本申請書に参加証原本を添付)			
	②日本産婦人科医会等 主催の講習会・研修会 受講状況	受講年度	参加証枚数		
		年度	枚		
年度		枚			
	年度	枚			

※必要事項を記入または○で囲んでください