

(様式20号)

記入例

母体保護法指定医師研修機関更新申請書

(西暦 2026 年 8 月 1 日現在)

1	研修機関名	公益社団法人 東京都医師会病院		行政に届け出ている 正式な医療機関名を 記入する(法人名含む)。
2	所在地	〒 101 - 8328 千代田区神田駿河台2-5 TEL 03 - 3294 - 8831		市区町村から記入する (「東京都」は省略)。
3	管理者	院長 太郎	必ず押印する。 ※個人印ではなく、 院長公印 or 病院公印	東京都医師会病院 院長之印
4	主任指導医	主任 太郎	必ず押印する(認印可)。	主任
5	手術数・分娩数 (直近1年間)	産婦人科領域の開腹手術数 (腹腔鏡手術を含む)	※施設要件※ 医療機関の付属施設 又は年間の産婦人科 領域の開腹手術50 例以上(腹腔鏡手術 を含む)かつ分娩数 120例以上を取り扱 う施設	50 例/年
		分娩数		120 例/年
		人工妊娠中絶手術数		100 例/年
		流産手術数		100 例/年
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	主任 太郎	※施設要件※ 2名以上の指定医を 有する。
		他指定医師	都医 次郎・都医 六郎	
			都医 三郎・都医 七郎	
			都医 四郎 都医 五郎	
		4名以上の他指定医が在籍する 場合、1行につき複数の指定医 を記載してください		

本施設の研修連携施設の更新申請書(様式21号)を添付いたします。

指定医師研修連携施設更新申請数	0 件	連携施設が0件の場合も 必ず0件と記載する。 1件以上申請する場合は 様式21号を添付する。
-----------------	-----	---

注1) 指定医師研修機関は、2名以上の母体保護法指定医師(うち1名は主任指導医)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) 指定医師研修機関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機関を辞退すること。

※必要事項を入力・選択してください(黄色いセル部分)

(様 式 2 0 号)

母体保護法指定医師研修機関更新申請書

(西暦 2026 年 月 日現在)

1	研 修 機 関 名		
2	所 在 地	〒 — TEL — —	
3	管 理 者	印	
4	主 任 指 導 医	印	
5	手 術 数 ・ 分 娩 数 (直 近 1 年 間)	産婦人科領域の開腹手術数 (腹腔鏡手術を含む)	例／年
		分娩数	例／年
		人工妊娠中絶手術数	例／年
		流産手術数	例／年
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	

本施設の研修連携施設の更新申請書（様式 2 1 号）を添付いたします。

指定医師研修連携施設更新申請数	件
-----------------	---

注 1) 指定医師研修機関は、2 名以上の母体保護法指定医師（うち 1 名は主任指導医）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) 指定医師研修機関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機関を辞退すること。

※必要事項を入力・選択してください(黄色いセル部分)