

母体保護法指定医師研修機関指定辞退届

西暦 2026 年 8 月 1 日

東 京 都 医 師 会 長 殿

市区町村から記入する(「東京都」は省略)。	施設所在地	千代田区神田駿河台2-5	東京都医師会病院 院長之印 印
	研修機関名	東京都医師会研修病院	
必ず押印する。 ※個人印ではなく院長公印 or 病院公印	管理者氏名	都医 管理太郎	印 主任
	主任指導医	都医 主任太郎	
必ず押印する(認印可)。	研修機関番号	213 - 000 - 00000	
研修機関指定証に記載の番号を記入。			

母体保護法指定医師研修機関の指定について、下記の理由により辞退いたしたく届出いたします。

記

※施設要件※

医育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で、2名以上の母体保護法指定医師の資格者を有し、かつ緊急手術に対応できる期間とする。

【辞退理由】

指定医師減員により指定医師2名以上の条件を満たさなくなったため

【辞退年月日】

西暦 2026 年 7 月 31 日

注) 研修連携施設がある場合には、当該施設の辞退届(様式18)を添付すること。

(様 式 1 7 号)

母体保護法指定医師研修機関指定辞退届

西暦 年 月 日

東 京 都 医 師 会 長 殿

施 設 所 在 地		
研 修 機 関 名		
管 理 者 氏 名		印
主 任 指 導 医		印
研 修 機 関 番 号	213	- -

母体保護法指定医師研修機関の指定について、下記の理由により辞退いたしたく届出いたします。

記

【辞退理由】

【辞退年月日】

西暦 年 月 日

注）研修連携施設がある場合には、当該施設の辞退届（様式18）を添付すること。