

母体保護法指定医師更新申請書

氏名の間は必ずスペースを空ける。

(西暦 2026 年 8 月 1 日現在)

1	ふりがな	とうきょう たろう		
1	申請者氏名	東京 太郎	必ず押印する(認印可)。東京印	
2	生年月日	西暦 1947 年 12 月 8 日		
3	現住所	〒 101 - 8328 東京都千代田区神田駿河台2-5 TEL 03 - 3294 - 8831		
4	メールアドレス	shien@tokyo.med.or.jp		
5	所属地区医師会	千代田区 医師会		
6	医療施設名 (正式名称)	公益社団法人 東京都医師会病院		
7	病床数	1,000 床		
8	所在地	〒 101 - 8328 千代田区神田駿河台2-5 TEL 03 - 3294 - 8831		
9	医師会・学会等 入会状況 (会員・非会員)	地区医師会	会員	東京産婦人科医会
		東京都医師会	会員	東京産科婦人科学会
		日本医師会	会員	
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: 本申請書とともに東京都医師会へ提出 ②日本産婦人科医会研修参加記録6単位相当: 東京産婦人科医会(医会) 会員は医会にて電子記録により単位を確認するため提出不要、医会非会員はシールをA4用紙に貼付し医会へ提出				
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)		
		受講年度(西暦)	受講単位数	
②日本産婦人科医会		2024年度	2	単位
		25年度	4	単位
		026年度	0	単位

※必要事項を入力・選択してください(黄色いセル部分)

(様 式 1 9 号)

母体保護法指定医師更新申請書

(西暦 2026 年 月 日現在)

1	ふ り が な				
	申 請 者 氏 名	印			
2	生 年 月 日	西暦	年	月	日
3	現 住 所	〒 —			
		TEL — —			
4	メールアドレス				
5	所属地区医師会	医師会			
6	医 療 施 設 名 (正 式 名 称)				
7	病 床 数	床			
8	所 在 地	〒 —			
		TEL — —			
9	医師会・学会等 入会状況 (会員・非会員)	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		
	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：本申請書とともに東京都医師会へ提出 ②日本産婦人科医会研修参加記録 6 単位相当：東京産婦人科医会（医会）会員は医会にて電子記録により単位を確認するため提出不要、医会非会員はシールをA4用紙に貼付し医会へ提出				
	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 研修参加記録	受講年度（西暦）		受講単位数	
		2 0 2 4 年度		単位	
		2 0 2 5 年度		単位	
		2 0 2 6 年度		単位	

※必要事項を入力・選択してください(黄色いセル部分)