

(様式 5)

# 指 導 証 明 書

令和 年 月 日

栃木県医師会長 様

所在地：〒

指導施設名：

施設管理者氏名：

印

主任指導医氏名：

印

(氏名) \_\_\_\_\_ の実施指導について下記のとおり証明する。

## 記

1. 栃木県医師会母体保護法指定医師の指定基準の技能(注1)に示す実施指導を

①完了 ②一部実施 した。

2. 指導医師氏名および指導期間(注2)

指導医師氏名	指導期間
	自
	至 年 月
	自
	至 年 月
	自
	至 年 月

(注1) 指定を受ける医師は、医師免許取得後5年以上経過し、産婦人科の研修を3年以上受けた者又は日本産科婦人科学会専門医の資格を有する者で、2名以上の母体保護法指定医師(主任指導医は原則として、日本産科婦人科学会専門医の資格を有する者とする)を有し、医育機関の附属施設及び年間開腹手術50例以上(腹腔鏡手術を含める)、分娩数120例以上を取り扱う施設において、期間中に10例以上の人工妊娠中絶手術\*または流産手術の実施指導を受けた者でなければならない。ただし5例以上の人工妊娠中絶手術\*を含むこととする。(※経口人工妊娠中絶薬は症例数に含めない。)

(注2) (1) 指導医師が交代した場合には、同一施設であっても指導医師氏名および指導期間を記入すること。

(2) 指導施設が2ヶ所以上の場合には、施設毎に指導証明書を提出すること。

(注3) 「様式6」の研修症例実施報告書を添付すること。