

## 母体保護法指定医師更新申請書

1.	ふりがな	
	申請者氏名	印
	現住所	〒 TEL ( ) -
2.	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)
3.	指定医師番号	009 - -
4.	郡市・大学医師会名	
5.	医療施設名 管理者氏名	(産婦人科の病床数： 室 床)
6.	所在地	〒 TEL ( ) -
7.	設備指定番号	009 - -
8.	医師会・学会等の 入会状況	郡市・大学医師会 (会員・非会員)、 栃木県医師会 (会員・非会員)、日本医師会 (会員・非会員)、 栃木県産婦人科医会 (会員・非会員) 栃木県産科婦人科学会 (会員・非会員)
9.	<p>注：【更新に必要なもの】</p> <p>①母体保護法指定医師研修会参加証1枚</p> <p>②日産婦医会研修参加証6枚以上(6枚に満たない場合は、下記ア又はイを代替使用することができる。)</p> <p>ア. 日本産科婦人科学会(JSOG)マイページの専門医機構単位研修記録コピーの提出(6回分まで)</p> <p>イ. 日本医師会生涯教育講座受講証明書(最大3回分まで)</p> <p>※日本産婦人科医会が発行する研修手帳を活用する場合は、研修会名並びに受講年月日の記載をすること。(日本産婦人科医会研修参加証のコピー提出は不可)</p>	
10.	賞罰の有無 ※条例違反等も含む	有(昭和・平成・令和 年 月 日:内容 ) 無

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。

(添付書類) 研修参加証、審査手数料、指定証(紛失の場合は、紛失届を添付)

上記申請者は、書類等を審査した結果、母体保護法指定医師として更新することが  
(適格・不適格)です。

\_\_\_\_\_ 郡市・大学医師会長： \_\_\_\_\_ 印、審査委員氏名： \_\_\_\_\_ 印

(注) 直接、栃木県医師会長あてに提出する場合は、こちらの欄は未記入で結構です。