

(様式7-2)

母体保護法指定医師研修会受講証明書未到着届

年 月 日に 県の開催した指定医師研修会を受講しましたが、
受講証明書が届いておりません。届き次第提出致します。

年 月 日

公益社団法人千葉県医師会会長 様

医療機関所在地

名 称

氏 名

印

※：受講していない場合は下記誓約書に記名・捺印して下さい。

母体保護法指定医師研修会受講誓約書

(様式7-3)

年 月 日

公益社団法人千葉県医師会会長 様

医療機関所在地

名 称

氏 名

印

私は
2021 年 9 月 開催の千葉県医師会「母体保護法指定医師研修会」までに
受講することを誓います。(他県の研修会受講証でも可)