

母体保護法指定医師研修機関指定申請書

1.	医療機関名		
2.	主任指導医	氏 名	
		生 年 月 日	
		産 婦 人 科 臨床経験年数	
		指 定 医 最終指定期間満了日	
3.	指 導 医 ※異動などで指導医不在の場合研修機関資格の停止となりますので、指定医の在籍が3名以上の場合は <u>なるべく2名</u> 申請して下さい	氏 名	
		生 年 月 日	
		産 婦 人 科 臨床経験年数	
		指 定 医 最終指定期間満了日	
		氏 名	
		生 年 月 日	
		産 婦 人 科 臨床経験年数	
指 定 医 最終指定期間満了日			
4.	開腹手術数 (内視鏡手術含)	例 数	
		期 間 (1年間)	
5.	分 娩 数	例 数	
		期 間 (1年間)	
6.	産婦人科病床数	室 床	
	産婦人科施設 産婦人科設備	※下記の施設・設備の有無に○をつけて下さい。 分娩室(有 無)、手術室(有 無)、回復室(有 無) 手術台(有 無)、麻酔器(有 無)、蘇生器具(有 無)、 呼吸心拍監視装置(有 無)、パルスオキシメーター(有 無) 転送電話(有 無)、携帯電話(有 無)	

千葉県医師会長 様

年 月 日

研修機関名

施設長名 印

(様式9-2)

主任指導医履歴書

年 月 日現在

ふりがな 氏名	⑩ 施設名	職名
医籍登録年度	年（登録番号：	
学会入会年度	年（会員番号：	
認定医登録年度	年（登録番号：	
日産婦医会種別	※当てはまる箇所に丸をお付け下さい。 正 ・ 準 ・ 未入会	

学歴（大学卒以降）

年	月	

職歴

年	月	

主な業績（著書・論文・学会発表など）

年	

(様式9-3)

指 導 医 履 歴 書

年 月 日現在

ふりがな 氏 名	④ 施 設 名	職 名
医 籍 登 録 年 度	年 (登録番号 :	
学 会 入 会 年 度	年 (会員番号 :	
認 定 医 登 録 年 度	年 (登録番号 :	
日 産 婦 医 会 種 別	※当てはまる箇所に丸をお付け下さい。 正 ・ 準 ・ 未入会	

学 歴 (大学卒以降)

年	月	

職 歴

年	月	

主な業績 (著書・論文・学会発表など)

年	