

## 母体保護法指定医師研修連携施設登録申請書

年 月 日

公益社団法人 千葉県医師会長 様



※**A**…研修指導施設

〒  
施設所在地 \_\_\_\_\_

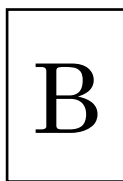
研修機関名 \_\_\_\_\_

管理者氏名 \_\_\_\_\_ 印

主任指導医 \_\_\_\_\_ 印

下記医療施設を、本施設の母体保護法指定医師研修連携施設として登録していただきたく、申請いたします。

-----  
上記の指定医師研修機関と連携することを同意します。



※**B**…連携施設

〒  
施設所在地 \_\_\_\_\_

研修機関名 \_\_\_\_\_

管理者氏名 \_\_\_\_\_ 印

指 定 医 \_\_\_\_\_ 印

注 1) 指定医師研修連携施設は、1名以上の母体保護法指定医師を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医の資格を有するものであることを条件とする。

注 2) 書類提出の流れ ①**A**施設で記入後、**B**施設に提出  
②**B**施設で記入後、**A**施設に返却  
③**A**施設でとりまとめ、千葉県医師会に提出