

母体保護法指定医師研修機関指定更新申請書

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

千葉県医師会会長 様

年 月 日

研修機関名

施設長名

印