

(様式1)

# 母体保護法指定医師指定申請書

年 月 日

公益社団法人 千葉県医師会会長 様

現住所

申請者

氏 名

印

私は  
母体保護法第14条の規程に基づき指定医師として指定を受けたく、履歴書(様式2)、  
医師免許証の写し、施設の平面見取り図、指導証明書(様式3)又は日本産科婦人科学  
会専門医認定証の写し、母体保護法指定医師研修会受講証明書の原本(無い場合は  
様式 7-2・3) および審査手数料を添えて申請いたします。

なお、無床診療所のため、連携医療機関の長の承諾書(様式8)を添付致します。

記

## 医療機関名

※下記の項目について病床数の記載および施設・設備の有無に○をつけて下さい。

- ①産婦人科病室 室 床  
②産婦人科施設:分娩室(有 無)、手術室(有 無)、回復室(有 無)  
③産婦人科設備: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)

〒

施設所在地

施設電話

フリ ガナ  
氏 名

本 籍

※都道府県名のみ

生年月日

年

月

日

所属地区医師会長の意見

年

月

日

医師会会長名

印

本件に関する意見は下記のとおりです。

記