

(様式 7-3)

母体保護法指定医師研修会受講誓約書

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
指定**暫定**有効期限である **令和 3 年 10 月 31 日**までに「母体保護法
指定医師研修会」を受講することを誓います。

※研修会未受講での更新申請者は、**次回更新までに 2 回の研修会受講**が必要となります。
(年に 1 回受講するようになります)

