

(様式5)

母体保護法指定医師異動申請書

年 月 日

公益社団法人 千葉県医師会長 様

現住所.....

申請者

氏 名..... 印

私は
この度、下記のとおり医療機関を異動いたしますので、再度指定願いたく指定書を添えて
申請いたします。

記

(旧)

所在地.....

医療機関名.....

(新)

異動日又は勤務開始日 : 20 年 月 日

所在地.....

医療機関名.....

(産婦人科病室 室 床)

(申請者)

氏 名.....

生年月日(西暦).....年 月 日

連絡先.....

医師免許証(西暦) 登録.....年 月 日 第.....号

直近の指定日または更新日(西暦).....年 月 日.....医師会

所属地区医師会長の意見

年 月 日

医師会長名..... 印

本件に関する意見は下記のとおりです。

記