

(様式4)

母体保護法指定医師指定更新申請書

.....年.....月.....日

※更新に伴い指定医師指定医療機関を異動（変更）される場合はこちらにチェックをして下さい

指定医療機関所在地.....

指定医療機関名.....

(※異動元 医療機関名.....)

※施設を異動される場合はご記入下さい

※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）

現住所.....

氏 名.....印

生年月日.....年.....月.....日生

私儀

先に母体保護法指定医師の指定を受けましたが、令和4年10月31日をもって指定期間が満了となります。

つきましては、指定更新下さるよう誓約書（様式7）、研修シール6枚と母体保護法指定医師研修会受講証明書の原本、審査料（10,000円）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）も添付いたします。

千葉県医師会会長 様

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