

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	令和6年10月31日満了 ・ 令和6年10月新規申請 (どちらか該当するものに○)
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	令和6年10月31日満了 ・ 令和6年10月新規申請 (どちらか該当するものに○)
		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	令和6年10月31日満了 ・ 令和6年10月新規申請 (どちらか該当するものに○)
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