

(様式7)

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
母体保護法し指定医師として品位を保ち、貴会の指導の下に責任と義務を果たし、下記事項を誠実に遵守することを誓います。

記

- (1) 人工妊娠中絶手術の適応の厳守。
- (2) 人工妊娠中絶手術および不妊手術について法令等に定める届出事項の厳守。
- (3) 診療内容は産婦人科医療を主体とする医療とすること。
- (4) 医師会及び産婦人科専門団体の行う研修を受講すること。
- (5) 人工妊娠中絶手術の実施は、指定医師として指定を受けた施設内のみとすること。
- (6) 必要に応じて術後の受胎調節の指導を実施すること。

【指定医情報の取扱いについて】

母体保護法指定医師に関する照会や照合等においては、医療情報の一部を第三者へ提供する場合がございます。