

(様式3)

## 指導証明書

令和 年 月 日

茨城県医師会長 殿

所在地

指導施設名

施設管理者氏名

印

主任指導医氏名

印

(氏名)

の実施指導について下記証明する。

### 記

1. 茨城県医師会母体保護法指定医師の指定基準の技能（注1）に示す実施指導を

①完了

②一部実施した。

2. 指導医氏名および指導期間（注2）

指導医氏名	指導期間
	自
	至 年 月
	自
	至 年 月
	自
	至 年 月

(注1) 指定を受ける医師は、医師免許取得後5年以上経過し、産婦人科の研修を3年以上受けたもの又は日本産科婦人科学会専門医の資格を有するもので、2名以上の母体保護法指定医師を有し、医育機関の付属施設又は年間の開腹手術50例程度（腹腔鏡手術を含む）、かつ分娩数120例程度を取り扱い、かつ本会が認定する指定医師研修機関または指定医師研修連携施設において、研修期間中に、20例以上の人工妊娠中絶手術又は流産手術の実地指導を受けたもの。ただしその内10例以上の人工妊娠中絶手術を含むこととする。

(注2) (1) 指導医師が交代した場合には、同一施設であっても指導医師氏名及び指導期間を記入すること。

(2) 指導施設が2カ所以上の場合には、施設毎に指導証明書を提出すること。