

(様式9)

母体保護法指定医師更新申請書

1. 申請者氏名；印
2. 生年月日；年 月 日      3. 年齢；満 才
4. 現住所；〒 電話；
5. 指定医指定番号；08—— —
6. 所属医師会名；
7. 医療施設名；
8. 所在地；〒 電話；
9. 指定設備番号；08—— —
10. 医師会・学会等の入会状況；  
郡市等医師会（会員・非会員）、茨城県医師会（会員・非会員）  
茨城県産婦人科医会（会員・非会員）  
茨城産科婦人科学会（会員・非会員）
11. 日本医師会、茨城県医師会、日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会等主催の講習会・研修会  
受講状況

受講年月日	講習会・研修会名	受講年月日	講習会・研修会名

※下記研修の受講を証明するものを必ず提出して下さい

①母体保護法指定医師研修会参加証1枚

②日本産婦人科医会研修参加記録6単位（参加証6枚）相当（日本医師会生涯教育講座、都道府県医師会研修会、日本産科婦人科学会研修会等の受講を勘案する。）

12. 医事に関する法規違反；（有・無）

必要事項を記入するか○で囲んでください。