（様式１の２）

母体保護法指定医師指定申請書

１．申請者氏名（ふりがな）；　　印

２．生年月日；　　年　　月　　日　　３．年齢；満　　才

４．現住所；〒　　電話；

５．本籍地；

６．所属医師会名；

７．医療施設名

８．所在地；〒　　電話；

９．管理者氏名；　　印

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. 出身学校；　　卒業年月日；　　年　　月　　日

12. 医籍登録番号；　　登録年月日；　　年　　月　　日

13. 日本産科婦人科学会専門医番号；　　－Ｎ－
または日本専門医機構認定産婦人科専門医番号；

14. 指導を受けた医療機関名；　　指導医名；
指導期間；　　年　　月
※13. で専門医であるものは、14. の記入はしなくて結構です。

15. 以前に指定を受けた事のある方は；都道府県名；
指定年月日；

必要事項を記入するか〇で囲んで下さい。