

茨城県医師会母体保護法指定医師更新申請研修会 参加備忘録

医療機関名： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

①母体保護法指定医師研修会	①講習会・研修会名	受講年月日	単位・シール
<p>※受講証が確認できるよう貼付けてください。サイズが大きい等の理由により貼り付けができない場合は、本紙にホッチキス止めする等の方法で添付してください。</p>			
	②講習会・研修会名	受講年月日	単位・シール
	③講習会・研修会名	受講年月日	単位・シール
	④講習会・研修会名	受講年月日	単位・シール
⑤講習会・研修会名	受講年月日	単位・シール	
⑥講習会・研修会名	受講年月日	単位・シール	

※2024年11月1日から2026年10月31日までの研修会が該当。

指定期間内に研修会に合計7回相当参加することが必要となります。

・母体保護法指定医師研修会参加証1枚。

・日本産婦人科医会研修参加記録6単位(参加証6枚)相当。(日医生涯教育講座、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)