

(様式16)

母体保護法指定医師登録内容変更申請書

変更事項にのみ必要事項を記入または○で囲んで下さい。

変更事項	勤務先 ・ 氏名 ・ 医籍登録番号 ・ その他
------	-------------------------

変更前 (該当箇所記入)	指定医療施設所在地	〒 TEL () -		
	指定医療施設名称			
	氏名		医籍登録番号	
	その他			
変更後 (該当箇所記入)	指定医療施設所在地	〒 TEL () -		
	指定医療施設名称			
	氏名		医籍登録番号	
	その他			
変更年月日		令和 年 月 日		

上記のとおり変更の申請をいたします。

令和 年 月 日

茨城県医師会長 殿

指定医師番号： 08 - - -

指定医師名： 印

(添付書類)

母体保護法指定医師申請書(様式1の2)、誓約書(様式5)、指定証

氏名変更等の場合：変更後の医師免許証の写し

※ 新勤務地が、母体保護法設備指定を受けていない場合は、設備指定の申請が必要です。

【設備指定申請に必要な書類】

母体保護法設備指定申請書(様式6)