

(様式1の1)

母体保護法指定医師指定申請書

令和 年 月 日

茨城県医師会長 殿

所在地
医療施設名
氏名

印

母体保護法指定医師の指定について下記の書類を添えて申請します。

記

- | | | |
|---------------------------------------|---------|----|
| 1. 母体保護法指定医師指定申請書 | (様式1の2) | 1通 |
| 2. 医師免許証の写し (茨城県医師会非会員の場合) | | 1通 |
| 3. 履歴書 | (様式2) | 1通 |
| 4. 指導証明書
又は日本産科婦人科学会専門医証の写し | (様式3) | 1通 |
| 5. 研修症例実施報告書 | (様式4) | 1通 |
| 6. 誓約書 | (様式5) | 1通 |
| 7. 母体保護法設備指定申請書 | (様式6) | 1通 |
| 8. 母体保護法指定医師研修会の受講を証明する書類
(受講票の写し) | | 1通 |