

(様式 9)

母体保護法指定医師研修機関指定申請書

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

所在地

医療施設名

管理者名

印

主任指導医名

印

母体保護法指定医師研修機関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証の写し(指導医 1 人につき各 1 通) 1 通

<設備>

1. 病床数(産婦人科) : _____ 床
2. 開腹手術数(腹腔鏡手術を含む) : _____ 例/年
3. 分娩数 : _____ 例/年
4. 人工妊娠中絶又は流産手術 : _____ 例/年

<母体保護法指定医師名>

主任指導医名 : _____

他の指定医師名 : _____

注 1) 指定医師研修機関は、2 名以上の母体保護法指定医師(うち 1 名は主任指導医を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医を有することを条件とする。

注 2) 指定医師研修機関が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに指定医師研修機関を辞退するものとする。

(様式10)

母体保護法指定医師研修連携施設登録申請書

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

所在地
医療施設名
管理者名 印
主任指導医名 印

母体保護法指定医師研修連携施設登録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証の写し（指導医1人につき各1通） 1通

本施設は、母体保護法指定医師研修において下記医療施設と連携いたします。

上記医療機関と連携することを同意します。

所在地
指定医師研修機関名
管理者名 印
主任指導医名 印

〈母体保護法指定医師名〉

主任指導医名： _____

他の指定医師名： _____

注1) 指定医師研修連携施設は、1名以上の母体保護法指定医師（原則として主任指導医）を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医であることを条件とする。

注2) 指定医師研修連携施設が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに指定医師研修連携施設を辞退するものとする。

(様式13)

母体保護法指定医師研修機関指定辞退届

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

所在地

医療施設名

管理者名

印

主任指導医名

指定医師研修機関番号 244 - -

母体保護法指定医師研修機関指定を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

(理由)

(様式13の2)

母体保護法指定医師研修機関主任指導医変更届

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

所在地

医療施設名

管理者名

印

主任指導医名

印

指定医師研修機関番号 : 244 - -

母体保護法指定医師研修機関において下記項目に変更がございますので、届出いたします。

記

〈母体保護法指定医師〉

主任指導医名：

(変更前) _____

(変更後) _____

注1) 指定医師研修機関は、2名以上の母体保護法指定医師（うち1名は主任指導医を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医を有することを条件とする。

(様式14)

母体保護法指定医師研修連携施設辞退届

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

所在地

医療施設名

指定医師研修連携施設

管理者名

印

主任指導医名

印

指定医師研修連携施設

番号 344 - -

母体保護法指定医師研修連携施設登録を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

(理由)

(様式14の2)

母体保護法指定医師研修連携施設管理者変更届

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

所在地

医療施設名

管理者名

印

主任指導医名

印

指定医師研修連携施設番号 344 - -

母体保護法指定医師研修連携施設において下記項目に変更がございますので、届出いたします。

記

(母体保護法指定医師研修連携施設管理者)

管理者名:

(変更前) _____

(変更後) _____