

(様式 1 の 1)

母体保護法指定医師指定申請書

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

所在地

医療施設名

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. 郡市医師会長の意見書 | (様式 2) | 1 通 |
| 3. 履歴書 | (様式 3) | 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 4) | 1 通 |
| 5. 研修症例実施報告書 | (附則様式) | 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 |

(様式1の2)

母体保護法指定医師指定申請書

令和 年 月 日

- ふりがな
1. 申請者氏名： 印
2. 生年月日： 年 月 日 3. 年齢：満 才
4. 現住所：〒 電話：
5. 本籍地（都道府県名）：
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：
10. 医師会・学会等の入会状況：
郡市医師会(会員・非会員)、大分県医師会(会員・非会員)、日本医師会(会員・非会員)
大分県産婦人科医会 (会員・非会員)
大分産科婦人科学会 (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 -
14. 指導を受けた医療機関名： 指導医名：
指導期間： 年 月
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○で囲んで下さい。

13. に記入した場合は14. は記入しなくて結構です。

(様式2)

意見書

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

郡市医師会名

会長名

印

下記の母体保護法指定医師申請者は指定医師として（ 適当・不適当 ）です。

所在地

医療施設名

氏名

(意見)

(様式4)

指導証明書

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

所在地

指導施設名

施設管理者氏名

印

主任指導医氏名

印

氏 名 の実地指導について下記証明する。

記

1. 大分県医師会母体保護法指定医師の指定基準の技能(注1)に示す実地指導を

① 完了 ② 一部実施した。

2. 指導医師氏名および指導期間(注2)

指導医師氏名	指導期間
	自
	至 年 月
	自
	至 年 月
	自
	至 年 月

(注1) 指定を受ける医師は、医師免許取得後5年以上経過し、産婦人科の研修を3年以上受けたもの又は産婦人科専門医の資格を有するもので、指定医師研修機関又は指定医師研修連携施設において、研修期間中に10例以上の人工妊娠中絶手術又は流産手術の実地指導を受けたものでなければならない。

(注2) (1) 指導医師が交代した場合には、同一施設であっても指導医師氏名および指導期間を記入すること。

(2) 指導施設が2ヶ所以上の場合には、施設毎に指導証明書を提出すること。

(様式5)

誓 約 書

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

医療施設名

所在地

氏 名

印

下記の内容を遵守することを誓約いたします。

記

大分県医師会母体保護法指定医師の遵守すべき規定

1. 母体保護法第14条第1項により指定された医師は、この規定を遵守すべき旨、大分県医師会長に文書により誓約しなければならない。
2. 指定医師は氏名変更、指定を受けた医療施設の変更（場所、設備）があったときは、直ちに大分県医師会長へ届出なければならない。
3. 指定医師は指定された医療施設の廃止、設備要件が欠如した場合には、設備指定証を又はその指定された医療施設より県外に転出した場合には指定証を、直ちに大分県医師会長へ返却しなければならない。
4. 指定医師の2年毎の更新に際しては示された手続きを行わなければならない。
5. 指定医師は母体保護法第25条に定められた届出を怠ってはならない。
6. 指定医師は母体保護法第14条の人工妊娠中絶を施行するに当たっては常に次のことを遵守しなければならない。
 - (1) 人工妊娠中絶の適応を厳守すること。
 - (2) 人工妊娠中絶の実施は、指定医師として指定を受けた施設内のみとし、往診先等においては行わないこと。
 - (3) 必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。
7. 指定医師の診療科目は産婦人科を主体としなければならない。
8. 指定医師は医師会及び産婦人科専門団体の行う研修会の受講を怠ってはならない。
9. 指定医師は他の指定医師と円満協議し、救急時相互扶助の体制を確立するよう努めなければならない。

附 則

1. この規定は平成12年4月1日より施行する。
2. 平成29年9月1日現在母体保護法第14条第1項により指定されている医師は、本規定1による誓約を更新時まで延期することができる。

附 記

平成16年 4月28日 一部改正 平成27年 4月 1日 一部改正
平成29年 9月 1日 一部改正

(様式6)

母体保護法設備指定申請書

令和 年 月 日

所属医師会名

氏 名

印

1. 医療施設名 :

2. 所在地 : 〒

電話 :

3. 管理者氏名 :

4. 指定医師指定番号 : 0 - - -

(指定医師番号がある場合は記入してください。)

5. 診療科目 : 産、婦、内、外、小、精、神、整、眼、耳、皮、麻、放、泌、
その他 ()

病 床 数 : 室 床

6. 産婦人科施設 : 分娩室 (有・無)、手術室 (有・無)、回復室 (有・無)

7. 産婦人科設備 : 手術台 (有・無)、麻酔器 (有・無)

蘇生器具 (有・無)、呼吸心拍監視装置 (有・無)

転送電話 (有・無)、携帯電話 (有・無)

8. 従事者数 : 医師 名、看護師 名、助産師 名、准看護師 名

(医療施設全体) 当直医 名、看護補助者 名

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。尚、医療施設の平面図を貼付して下さい。