

(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・不適當）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

主任指導医氏名

印

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 の 年 月
	自 至 の 年 月
	自 至 の 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20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出来る。

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。

(様式7)

母体保護法設備指定変更届

令和 年 月 日

1. 医療施設名：

2. 所在地：〒

電話：

指定設備番号：1 4 4 - -

3. 管理者氏名：

4. 申請者氏名：

印

生年月日： 年 月 日

年齢：満 才

現住所：〒

電話：

5. 指定医師指定番号：0 - - -

6. 所属医師会名：

7. 変更箇所：

① 診療科目：産、婦、内、外、小、精、神、整、眼、耳、皮、麻、放、泌、
その他（ ）

② 病床数： 室 床

③ 産婦人科施設：分娩室（有・無）、手術室（有・無）、回復室（有・無）

④ 産婦人科設備：

（①から④までを変更した場合、詳しく記載して下さい。）

8. 変更した理由

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。尚、②又は③を変更した場合には、医療施設の平面図を貼付して下さい。

(様式8)

母体保護法設備指定辞退届

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

所在地

医療施設名

氏 名

印

指定設備番号 144 - -

母体保護法設備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

主任指導医名

印
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出来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。

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出来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。

母体保護法指定医師研修機関指定通知書

令和 年 月 日

殿

大分県医師会長

申請にかかる母体保護法指定医師研修機関登録については、大分県医師会母体保護法指定医師の指定基準により登録したことを通知します。

なお、登録年月日及び登録番号等は以下の通りです。

記

1. 登録年月日：
2. 指定医師研修機関番号： 2 4 4 - -
3. 指定医師研修機関名：
4. 所在地：
5. 指定設備番号： 1 4 4 - -
6. 主任指導医名：

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出来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。

母体保護法指定医師研修連携施設登録通知書

令和 年 月 日

殿

大分県医師会長

申請にかかる母体保護法指定医師研修連携施設登録については、大分県医師会母体保護法指定医師の指定基準により登録したことを通知します。

なお、登録年月日及び登録番号等は以下の通りです。

記

1. 登録年月日：
2. 指定医師研修連携施設番号： 3 4 4 - -
3. 指定医師研修機関名：
4. 所在地：
5. 指定設備番号： 1 4 4 - -
6. 主任指導医名：

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出来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

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 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 3 4 4 - -

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 15)

母体保護法指定医師更新申請書

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. 指定医師指定番号：044 - _____ - _____
6. 所属医師会名： _____
7. 医療施設名： _____
8. 所在地：〒 _____ 電話： _____
9. 指定設備番号：144 - _____ - _____
10. 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. 日本産婦人科医会等主催の講習会・研修会受講状況

講習会・研修会名	受講年月日	単位・シール	講習会・研修会名	受講年月日	単位・シール

12. 医事に関する法規違反：(有・無)

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。

(様式 16)

母体保護法指定医師指定抹消願

就業所所在地

名 称

氏 名

指定医師指定番号：044 - - -

今般

により母体保護法による指定医師の登録を抹消

頂きたく、指定書を添えお願い申し上げます。

令和 年 月 日

大分県医師会長 殿

氏 名

㊞

(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。