

(様式第 1 号①)

母体保護法指定医師指定申請書

年 月 日

一般社団法人 山形県医師会

会 長 殿

医療施設名
所在地
氏 名

㊦

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 | (様式第 1 号②) | 1 通 |
| 2. 履歴書 | (様式第 3 号) | 1 通 |
| 3. 指導証明書又は日本産科婦人科学会専門医証の写し
(研修症例実施報告書を添付) | (様式第 4 号)
(様式第 13 号) | 1 通 |
| 4. 誓約書 | (様式第 5 号) | 1 通 |
| 5. 母体保護法設備指定申請書 | (様式第 6 号①) | 1 通 |
| 6. 本会会員であって所属郡市地区医師会会長の意見書 (様式第 2 号) がある場合は添付すること。 | | |