

(様式第1号②)

指定医師申請添付書

年 月 日

1. 申請者氏名：㊟
2. 生年月日： 年 月 日
3. 年齢：満 歳
4. 現住所：〒
電話：
5. 本籍地(都道府県名)：
6. 所属郡市地区医師会名： 医師会
(本会会員のみ記入)
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
郡市地区医師会(会員・非会員)、山形県医師会(会員・非会員)
山形県産婦人科医会(会員・非会員)、山形県産科婦人科学会(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： 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. を記入した場合は14. は記入しなくて結構です。