

(様式第 15 号)

母体保護法指定医師研修機関指定申請書

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
管理者名
主任指導医名

㊟

㊟

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いたします。

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)

<設備>

1. 病床数 (産婦人科) : 床
 2. 開腹手術件数 (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
2. ~ 3. については 年のものである。

<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、すみやかに指定医師研修機関を辞退するものとする。