

(様式第 4 号)

## 指 導 証 明 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

施設管理者氏名

㊞

主任指導医氏名

㊞

の实地指導について下記証明する。

### 記

1. 山形県医師会母体保護法指定医師の指定基準の技能(注 1)に示す实地指導を  
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.	年	月	日		
	至.	年	月	日迄の	年	ヶ月
	自.	年	月	日		
	至.	年	月	日迄の	年	ヶ月
	自.	年	月	日		
	至.	年	月	日迄の	年	ヶ月

(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、2 名以上の母体保護法指定医師(主任指導医は原則として、産婦人科専門医の資格を有するものとする)を有し、医育機関の附属施設又は年間開腹手術 50 例以上(腹腔鏡手術を含める)、分娩数 120 例以上を取り扱う施設において、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实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 ケ所以上の場合には、施設毎に指導証明書を提出すること。