

(様式第9号)

## 母体保護法指定医師更新申請書

年 月 日

1. 申請者氏名：ふりがな  ④
2. 生年月日： 年 月 日
3. 年齢：満 歳
4. 現住所：〒  電話：
5. 指定医師指定番号：06－  －  －
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：06－  －
10. 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. 母体保護法指定医師研修会、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*

(\*貼付又は手帳添付)

12. 医事に関する法規違反：(有・無)

必要事項を記入するか○で囲んでください。