（様式15）

母体保護法指定医師更新申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

京都府医師会長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | 年齢 | 満　　　　才 |
| 現住所 | | 〒　　　－　　　　電話（　　　）　　　　－ | | |
| 現指定医師指定番号 | | ０２６－　　　　　－　　　　　　－ | | |
| 医療施設 | 医療施設名 |  | | |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　電話（　　　）　　　　－ | | |
| 産婦人科施設 | 分娩室（有・無）、手術室（有・無）、病床室　　　　　室　　　　床 | | |
| 指定設備番号 | １２６－　　　　　－ | | |
| 医師会・学会等の  入会状況 | | 地区医師会（会員・非会員・入会申請中）、京都府医師会（会員・非会員・入会申請中）、  日本医師会（会員・非会員・入会申請中）、  日本産婦人科医会（会員・非会員・入会申請中）、京都産婦人科医会（会員・非会員・入会申請中）、  近畿産科婦人科学会（会員・非会員・入会申請中）、日本産科婦人科学会（会員・非会員・入会申請中） | | |
| 研修会受講状況 | | 母体保護法指定医師研修会受講証　１枚（原本）  日本産婦人科医会研修シール（６枚以上）・日医生涯教育  受講証等（原本）を添付 | | |
| 医事に関する法規違反 | | 有　　・　　無 | | |

必要事項を記入するか該当項目を○で囲んでください。