（様式１）

　母体保護法指定医師指定申請書

年　　　　月　　　　日

京都府医師会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

母体保護法指定医師の指定について下記の書類を添えて申請します。

記

１．母体保護法指定医師指定申請書　　（様式２）　　　　　　１通

２．履歴書　　　　　　　　　　　　　（様式３）　　　　　　１通

３．母体保護法指定医師研修会受講証　　　　　　　　　　　　　１枚

４．指導証明書（様式4）又は日本産科婦人科学会専門医証の写し　　 １通

５．研修症例実施報告書（様式16）　　　　　　　　　　　　　１通

　※以前に指定医師の指定を受けた者は、指定証の写しまたはそれを証明する書類

６．誓約書　　　　　　　　　　　　　（様式５）　　　　　　１通

７．母体保護法設備指定申請書　　　　（様式６）　　　　　　１通

※既に設備指定を受けている医療機関であれば設備指定書の写し