**母体保護法指定医師指定申請書**

|  |  |
| --- | --- |
|  ふりがな１．申請者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 |
| ２．生年月日 | 　　　　　 　年　　月　　日 | ３．年齢 | 満　　　　才 |
| ４．現住所 | 〒　　　－　　　 　電話番号（　　　　）　　　－ |
| ５．本籍地 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　都・道・府・県 |
| ６．所属地区医師会名 |  |
| ７．医療施設名 | （設備指定番号がある場合は記入　1 2 6 －　　 　－　 　） |
| ８．所在地 | 〒　　　－　　　　　電話番号（　　　　）　　　－ |
| ９．管理者氏名 |  |
| 10．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） |
| 11.出身学校 |  | 卒業年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 12.医籍登録番号 |  | 登録年月日 |  | 年 　 月　 日 |
| 13.日本産科婦人科学会専門医番号 | －Ｎ－ |
| 14.指導を受けた医療機関名 |  |
| 指導期間:　　 年　　　月　　 | 指導医名： |
|  |
| 指導期間:　　 年　　　月　　 | 指導医名： |
| 15.以前に指定を受けた事のある方は　（一番最近のものを記入のこと） | 都道府県名 |  |
| 指定年月日 | 　　 　年　　　月　　　日 |

必要事項を記入するか○で囲んでください。

13.に記入した場合は14.は記入しなくて結構です。