（様式４）

**指導証明書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　月 　 日

京都府医師会長　殿

　　　　　　　　　　　　　 所在地

　　　　　　 指導施設名

　　　　　　　　　　　　　 施設管理者氏名

　　　　　　　　　　　　 　主任指導医氏名

の実施指導について下記証明する。

記

１．京都府医師会母体保護法指定医師の指定基準の技能（注１）に示す実施指導を

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  至　　　　　　　　　　　　　　　　　の　 　　年　　　ヶ月 |
|  |
|  | 自  至　　　　　　　　　　　　　　　　　の　　 　年　　　ヶ月 |
|  |
|  | 自  至　　　　　　　　　　　　　　　　　の　 　　年 　　ヶ月 |
|  |

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、指定医師研修機関又は指定医師研修連携施設において、研修期間中に10例以上の人工妊娠中絶手術＊又は流産手術実地指導を受けたもの。ただし、その内５例以上の人工妊娠中絶手術＊を含むこととする。(＊薬物のみによる人工妊娠中絶は症例数に含めない。)

（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名および指導期間を記入すること。

　　　　（2）指導施設が２ヶ所以上の場合には、施設毎に指導証明書を提出すること。