（様式10）

母体保護法指定医師研修連携施設登録申請書

　　　年　　　月　　　日

　　京都府医師会長　殿

所在地

医療施設名

管理者名

主任指導医名

　母体保護法指定医師研修連携施設の登録について添付書類を添えて申請します。

母体保護法指定医師研修連携施設の登録について添付書類を添えて申請します。

１．母体保護法指定医師

　　主任指導医師名：

２．添付書類

　①指導医師の母体保護法指定医師指定証の写し

　本施設は、母体保護法指定医師研修において下記医療施設と連携いたします。

　上記医療機関と連携することを同意します。

所在地

指定医師研修機関名

管理者

主任指導医名

＜母体保護法指定医師＞

主任指導医師名：

その他指導医師名：　　　　　　　　　、　　　　　　　　　、

注１）指定医師研修連携施設は、１名以上の母体保護法指定医師（原則として主任指導医）を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医を有することを条件とする。

注２）指定医師研修連携施設が上記条件を満たせなくなった場合には、速やかに指定医師研修連携施設を辞退するものとする。