**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。