

様式第1号（規程第7条第1項関係）

## 母体保護法指定医師申請書

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地  
医療施設名  
氏 名



母体保護法第14条による指定医師として指定を受けたく、一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第7条第1項の定めに基づき、下記書類に指定審査料10,000円也を添えて申請します。

### 記

- |                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| 1. 履歴書（様式第2号）                     | 1通 |
| 2. 指導証明書（様式第3号）又は日本産科婦人科学会専門医証の写し | 1通 |
| 3. 研修症例実施報告書（様式第4号）               | 1通 |
| 4. 遵守事項誓約書（様式第5号）                 | 1通 |

様式第2号(規程第7条第1項第1号関係)

## 履 歴 書

平成 年 月 日現在

1. 申請者氏名	印		
2. 生年月日	年	月	日
	年齢: 満 才		
3. 現住所	〒		
	電話:		
4. 本籍地			
5. 医師会名			
6. 医療施設名			
7. 所在地	〒		
	電話:		
8. 管理者氏名			
9. 医師会・学会等の入会状況	郡市医師会(会員・非会員) 静岡県医師会(会員・非会員) 静岡県産婦人科医会(会員・非会員) 静岡産科婦人科学会(会員・非会員)		
10. 出身学校	卒業年月日: 年 月 日		
11. 医籍登録番号	登録年月日: 年 月 日		
12. 日本産科婦人科学会専門医番号	-N-		
13. 指導を受けた医療機関	施設名:		
	指導医名:		
14. 以前に指定を受けたことのある方	指導期間: 年 月		
	都道府県名:		
	指定年月日: 年 月 日		
年	月	履 歴	

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。

5. について、非会員にあっては、医療施設の所在地の郡市医師会を記入して下さい。

12. に記入した場合は13. は記入しなくて結構です。

# 指導証明書

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地  
指導施設名  
施設管理者氏名 ㊟  
主任指導医師氏名 ㊟

(氏名) の実地指導について下記証明する。

## 記

1. 静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程指定基準の技能（注1）に示す実地指導を（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 月
	自 至 の 年 月
	自 至 の 年 月

（注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年以上受けた者又は日本産科婦人科学会専門医の資格を有する者であって、研修期間中に20例以上の人工妊娠中絶手術又は流産手術の実地指導を受けた者でなければならない。

指定を受けるための研修機関は、医育機関の付属施設又は年間開腹手術50例以上（腹腔鏡手術を含める。）、分娩数120例以上を取り扱う施設で、2名以上の母体保護法指定医師を有するものであること。また、母体保護法指定医師で、研修医を教育することができる人格及び技能を備えた主任指導医が存在すること。主任指導医は原則として、産婦人科専門医の資格を有するものであること。

（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氏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。



様式第5号（規程第7条第1項第4号関係）

## 遵 守 事 項 誓 約 書

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地  
医療施設名  
氏 名

㊟

下記の諸事項を遵守することを誓約します。

### 記

1. 人工妊娠中絶手術の適応を厳守すること。
2. 中絶手術及び不妊手術の届出の正確を期すること。
3. 診療内容は産婦人科医療を主体とすること。
4. 医師会及び産婦人科専門団体の行う研修を受講すること。
5. 人工妊娠中絶手術の実施は、指定医師として指定を受けた施設内のみとし、往診先又は他の施設において行わないこと。
6. 必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。

様式第7号（規程第7条の2第1項関係）

## 医療施設の設備指定申請書

平成 年 月 日

所在地

TEL

医療施設名

管理者名

氏名

㊟

指定医師指定番号

診療科目

従事する医療施設について指定を受けたく、一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第7条の2第1項の規定に基づき申請します。

### 記

1. 入院設備 ※ ○で囲んでください。

有 ( 床)

無 (※「連携施設届出書」(様式第8号)を添付すること)

2. 産婦人科施設

分娩室 ( 有 ・ 無 )

手術・処置室 ( 有 ・ 無 )

回復室 ( 有 ・ 無 )

3. 産婦人科設備

手術台 ( 有 ・ 無 )

酸素吸入設備 ( 有 ・ 無 )

蘇生器具 ( 有 ・ 無 )

呼吸心拍監視装置 ( 有 ・ 無 )

転送電話 ( 有 ・ 無 )

携帯電話 ( 有 ・ 無 )

4. 従事者数

医師	看護師	助産師	准看護師
人	人	人	人

(医療施設全体)

当直医	看護師
人	人

必要事項を記入するか、○で囲んでください。

なお、医療施設の平面見取図を添付してください。

様式第8号（規程第7条の2第1項第2号、第14条関係）

## 連携施設届出書

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地

医療施設名

代表者名



本施設は、下記の医療施設に関し一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程に基づく連携施設であることを届け出ます。

記

医療施設名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

※ 申請者の医療施設が入院設備を有しない場合又は研修機関の要件を満たさない場合は、必ず届け出ること。