

## 母体保護法指定医師指定事項変更届

平成 年 月 日

静岡県医師会長 様

所在地  
医療施設名  
氏名  
指定医師指定番号

印

平成 年 月 日母体保護法第 14 条に定める指定医師の指定を受けましたが、

- |             |           |         |
|-------------|-----------|---------|
| 1. 医籍登録番号   | 2. 氏名     | 3. 施設名称 |
| 4. 個人⇄法人    | 5. 施設住居表示 | 6. その他  |
| (該当事由に○を記入) |           |         |

について変更が生じたので、下記書類を添えて報告します。

### 記

・旧指定証書 1 通

・変更点及び理由をご記入ください。