

母体保護指定医関係手続書類一覧

★指定医関係

(様式)		新規		更新			変更			辞退	その他	
		新規	県外で指定あり	定期	休止	延期	異動	休止	再開		紛失	再発行
1-1	母体保護法指定医師指定申請届(新規)	●										
1-2	母体保護法指定医師指定申請届(転入)		●									
1-3	母体保護法指定医師指定申請書	●	●									
2	意見書(提出なしの場合要面接)	○	○									
3	履歴書	●	●									
4	指導証明書または 日本専門医機構専門医証(写)	●										
	研修症例実施報告書(様式)	●										
5	誓約書	●	●									
10-1	母体保護法指定医師更新申請書			●								
10-2	母体保護法指定医師更新申請書(休止者)				●							
11	母体保護法指定医師異動届						●					
12	勤務証明書	●	●				●		●			
13	母体保護法指定医師証再交付申請書											●
14	母体保護法指定医師証紛失届										●	
15	母体保護法による指定医師証返納届									●		
16-1	母体保護法指定医師指定延期(休止)願い					●						
16-2	人工妊娠中絶業務休止願い							●				
17	母体保護法指定医師指定再開願い								●			
	研修会シール(1年につき3枚以上)			●	●							
	母体保護法指定医師研修会受講証明書	●	○	●	●							
	指定医師証 (※紛失の場合は様式14を提出)		● 旧証の写	● 旧証原本			● 承認後返却	●		●		
	手数料(円)		10,000	5,000					5,000			

★設備関係

(様式)		設備			研修機関		連携施設	
		申請	変更	辞退	申請	辞退	申請	辞退
6-1	母体保護法設備指定申請書	●						
6-2	母体保護法指定医師研修機関指定申請書				●			
7-1	母体保護法連携施設届	○	○					
7-2	母体保護法指定医師研修連携施設登録申請書						●	
8	母体保護法設備指定変更届		●					
9-1	母体保護法設備指定辞退届			●				
9-2	母体保護法指定医師研修機関指定辞退届					●		
9-3	母体保護法指定医師研修連携施設辞退届							●
18	母体保護法指定医師研修機関指定通知書							
19	母体保護法指定医師研修連携施設登録通知書							
	指定医師証の写し	●			●		●	
	施術場所の平面図	●	○					
	手数料(円)	10,000	5,000		10,000		10,000	

- 注意事項**
- ・原則として医師は複数の施設の指定医師を兼ねることはできない。
 - ・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であり、往診先又は他の施設では行えない。
 - ・指定医師は毎月必ず人工妊娠中絶報告をする。(実施数0でも報告が必要)
 - ・様式18・19は、登録後広島県医師会より発行。

転入に伴う母体保護法指定医師指定申請届

(西暦) _____ 年 ____ 月 ____ 日

広島県医師会長殿

医療施設名

所在地

申請者氏名

印

※自署の場合は押印省略可

母体保護法指定医師の指定を希望しますので下記のとおり届けます

記

- | | | | |
|---|----------|--|--------------------------|
| 1. 母体保護法指定医師指定申請書 | (様式1-3号) | | <input type="checkbox"/> |
| 2. 履歴書 | (様式3号) | | <input type="checkbox"/> |
| 3. 前勤務地の指定医師証(コピー可) | | | <input type="checkbox"/> |
| 4. 誓約書 | (様式5号) | | <input type="checkbox"/> |
| 5. 勤務証明書(開業医の場合提出不要) | (様式12号) | | <input type="checkbox"/> |
| 6. 受講証明書(母体保護法指定医師研修会参加証) | | | <input type="checkbox"/> |
| 7. 面接(市郡地区医師会長の意見書(様式2号)の提出がある場合は省略することが可能) | | | <input type="checkbox"/> |

以上

母体保護法指定医師指定申請書

記入日(西暦) 年 月 日

1. 医籍登録番号				
2. 登録年月日(西暦)				
3. ふりがな				
申請者氏名			印 ※自署の場合は押印省略可	
4. 生年月日(西暦)	年	月	日 (満 才)	
5. 自宅現住所	〒			
	住所			
	電話			
	医療機関ではなく必ず連絡の取れる個人のアドレスをご記入ください e-mail			
6. 本籍地	(都道府県名)	県		
7. 医療施設名				
8. 所在地	〒			
	住所			
	電話			
9. 管理者氏名				
10. 会員区分	市郡地区医師会	<input type="checkbox"/> 会員	・	<input type="checkbox"/> 非会員
	広島県医師会	<input type="checkbox"/> 会員	・	<input type="checkbox"/> 非会員
	広島県産婦人科医会	<input type="checkbox"/> 会員	・	<input type="checkbox"/> 非会員
	日本産科婦人科学会	<input type="checkbox"/> 会員	・	<input type="checkbox"/> 非会員
11. 出身大学				
卒業年月日(西暦)	年	月	日	
12. 日本専門医機構 専門医番号	17-	号		
13. 指導を受けた医療機関名 (12に記入のある場合は記入不要)	指導医氏名			
	指導期間			
	年	ヶ月		
14. 以前に指定を受けたことがある方	(都道府県名)	県		
	(指定年月日)	年	月 日	

意見書

記入日(西暦) 年 月 日

広島県医師会長 殿

市郡地区医師会名 _____

会長名 _____ 印

下記の者は、本会の会員であり、

母体保護法指定医として（ 適当 ・ 不適當 ）です。

所在地 〒

医療施設名

氏名

(意見)

誓約書

(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

広島県医師会長殿

医療施設名 _____

所在地 _____

申請者氏名 _____

印 _____

※自署の場合は押印省略可

下記の内容を遵守することを誓約いたします。

記

【広島県医師会母体保護法指定医師の遵守すべき規定】

1. 母体保護法第14条第1項により指定された医師は、この規定を遵守すべき旨、広島県医師会長に文書により誓約しなければならない。
2. 指定医師は、氏名、現住所、指定を受けた医療施設の医療機関番号、場所、設備等の変更があったときは、直ちに広島県医師会長へ届出なければならない。
3. 指定医師は指定された医療施設の廃止、設備要件が欠如した場合、その指定された医療施設より県外に転出した場合には指定医師証を、直ちに広島県医師会長へ返却しなければならない。
4. 指定医師の2年毎の更新に際しては示された手続きを行わなければならない。
5. 指定医師は母体保護法第25条に定められた届出を怠ってはならない。
6. 指定医師は母体保護法第14条の人工妊娠中絶を施行するに当たっては常に次のことを遵守しなければならない。
 - (1) 人工妊娠中絶の適応を遵守すること。
 - (2) 人工妊娠中絶の実施は、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、他の施設においては行わないこと。
 - (3) 必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。
7. 指定医師の診療科目は産婦人科を主体としなければならない。
8. 指定医師は医師会及び産婦人科専門団体の行う研修会の受講を怠ってはならない。
9. 指定医師は他の指定医師と円満協議し、救急時相互扶助の体制を確立するよう努めなければならない。

指定医師は、広島県医師会「母体保護法指定医師の指定基準」及び本契約書を遵守しているか否かを判断するために行う、広島県医師会長の調査に速やかに協力しなくてはならない。調査に協力しない場合には、指定医師として重大な不適格な事情が発生したもとして、指定の取消又は停止の原因となり得る。
- 10.

<附 則>

1. この規定は2018年11月6日より施行する。
2. 2018年11月6日現在母体保護法第14条第1項により指定されている医師は、本規定1による誓約を更新時まで延期することができる。

以上

勤務証明書

1. 医籍登録番号	
2. 氏名	
3. 生年月日(西暦)	年 月 日
4. 自宅現住所	〒
5. 役職名	

上記の者は 年 月 日より当院に勤務していることを証明します。

年 月 日

医療機関 〒
所在地

医療機関名

管理者氏名

印