

母体保護法指定医師研修連携施設登録申請書

記入日(西暦) 年 月 日
広島県医師会長 殿

所在地 _____

医療施設名 _____

医療機関コード _____

管理者氏名 _____ (印)

主任指導医 _____ (印)

※署名または記名押印

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。

上記の指定医師研修機関と連携することに同意します。

施設所在地	
医療機関名	
医療機関コード	
管理者氏名	(印) ※署名または記名押印
主任指導医名	(印) ※署名または記名押印
母体保護法指定医師	主任指導医 (指定医師番号) 034-
	他指定医師 (指定医師番号) 034-
	(指定医師番号) 034-
	(指定医師番号) 034-
	(指定医師番号) 034-

【添付書類】上記母体保護法指定医師全員の指定医師証(写)

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の資格を有し、日本産科婦人科学会認定指導医であることが望ましい。

注2) 指定医師研修機関が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに広島県医師会長宛に研修機関指定辞退届(様式9-3号)を提出し、指定医師研修機関を辞退しなくてはならない。