

## 人工妊娠中絶業務休止願い

記入日(西暦) 年 月 日

広島県医師会長 殿

所在地 〒

医療施設名

氏名

印

母体保護法第14条の人工妊娠中絶業務を休止しますので、届出いたします。

理由:

### 【添付書類】

母体保護法指定医師指定証

母体保護法指定医師 休止中連絡先

記入日(西暦) 年 月 日

広島県医師会長 殿

1 氏名	
2 書類送付先	〒
3 携帯番号	
4 E-mail	
5 休止期間(西暦)	年 月 日 から 年 月 日 まで(予定)
6 備考	

休止期間中は、人工妊娠中絶実施報告書と人工妊娠実施報告票の提出は不要ですが、2年毎に更新が必要です。休止期間中に必ず連絡の取れる連絡先をお書きください。