

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

※署名または記名押印

(西暦)

年 月 日をもって

下記理由により、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:

(具体的に)

【添付書類】

母体保護法指定医師指定証

休止中連絡先

広島県医師会長 殿

記入日(西暦) 年 月 日

ふりがな 1. 申請者氏名 (医籍登録番号)	⑩ ※署名または記名押印
2. 住所 (書類送付先)	〒 (携帯TEL)
3. email	
4. 休止期間(西暦)	年 月 日 から 年 月 日 まで(予定)
5. 備考	

※上記申告内容に変更が生じた場合は遅滞なく広島県医師会へ届け出てください。

【連絡先】

広島県医師会 (母体保護係)

広島市東区二葉の里3-2-3

TEL(082)568-1511

Mail hoken@hiroshima.med.or.jp