（様式１の１）

**母体保護法指定医師指定申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　徳島県医師会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　医療施設名

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

　母体保護法指定医師の指定について下記の書類を添えて申請します。

記

１．母体保護法指定医師指定申請書　　　　（様式１の２）　 １通

２．郡市医師会長の意見書　　　　　　　　（様式２）　　　　 　１通

３．履歴書　　　　　　　　　　　　　　　（様式３）　　　　 　１通

４．指導証明書又は日本産科婦人科学会

 　　　　専門医証の写し　　　　　　　 　　　（様式４）　　　　　 １通

５．研修症例実施報告書　　　 　　　　　 (附則様式） 　　　 １通

６．誓約書　　　　　　　　　　　　　　　（様式５）　　　　 　１通

７．母体保護法設備指定申請書　　 　　 　（様式６） 　 　 １通