（様式１の２）

**母体保護法指定医師指定申請書**

ふ　り　が　な

１．申請者氏名；　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

２．生年月日；　　　　年　　月　　日　　　　　　 ３．年齢；満　　才

４．現住所；〒　　　　　　　　　　　　　　　電話；

５．本籍地（都道府県名）；

６．所属医師会名；

７．医療施設名；

８．所在地；〒　　　　　　　　　　　　　　　電話；

９．管理者氏名；

10. 医師会・学会等の入会状況；

　　郡市区医師会（　会員　・　非会員　）､都道府県医師会（　会員　・　非会員　）

日本医師会（　会員　・　非会員　）

都道府県産婦人科医会（　会員　・　非会員　）

　　都道府県産科婦人科学会（　会員　・　非会員　）

11．出身学校；　　　　　　　　　　　　　卒業年月日；　　　　年　　月　　日

12．医籍登録番号；　　　　　　　　　　登録年月日；　　　　年　　月　　日

13. 日本産科婦人科学会専門医番号；　　　　　　　－Ｎ－

14．指導を受けた医療機関名；　　　　　　　　　　指導医名；

　　指導期間；　　　年　　月

15．以前に指定を受けた事のある方は；都道府県名；

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定年月日；

**必要事項を記入するか○で囲んで下さい。**

**１３．に記入した場合は１４．は記入しなくて結構です。**