

(様式15)

## 母体保護法指定医師更新申請書

平成 年 月 日

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. 医療施設名；
6. 所在地；〒 電話；
7. 指定設備番号；1 — —
8. 郡市医師会；(会員・非会員)、徳島県医師会；(会員・非会員)  
徳島県産婦人科医会；(会員・非会員)  
徳島産科婦人科学会；(会員・非会員)
9. 日本産婦人科医会等主催の講習会・研修会受講状況

講習会・研修会名	受講年月日	単位・シール	講習会・研修会名	受講年月日	単位・シール

10. 母体保護法指定医師研修会参加状況  
母体保護法指定医師研修会受講修了証を添付
11. 医事に関する法規違反；(有・無)

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。