

母体保護法指定医師指定申請書

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

医療施設名

氏 名 _____ ㊟

母体保護法第14条による指定医師として指定を受けたく、下記書類に指定審査料（会員：10,000円、非会員：30,000円）也を添えて申請します。

記

- | | |
|---|----|
| 1. 履歴書（様式第2号） | 1通 |
| 2. 指導証明書（様式第3号）又は日本産科婦人科学会専門医証の写し | 1通 |
| 3. 研修症例実施報告書（様式第4号）
（以前に他の都道府県において指定を受けたことがある者については、指定証書の写し又は当該都道府県医師会長の証明に代えることができる。） | 1通 |
| 4. 遵守事項誓約書（様式第5号） | 1通 |
| 5. 受講証明書（母体保護法指定医師研修会参加証）
（開催日が申請日から過去2年以内のものとする。） | 1枚 |

※ 申請者は、従事する医療施設について、医療施設の設備指定申請書（様式第7号）に医療施設の平面見取図を添えて申請すること（ただし、他に指定医師が従事し、既に設備指定を受けている場合は、この限りでない）。

履 歴 書

年 月 日現在

1. 申請者氏名	㊟		
2. 生年月日	年	月	日
年齢：満 歳			
3. 現住所	〒		
	TEL :	携帯 :	
4. 本籍地			
5. 医師会名			
6. 医療施設名			
7. 所在地	〒		
	TEL :	FAX :	
8. 管理者氏名			
9. 医師会・学会等の入会状況	郡市医師会（会員・非会員） 静岡県医師会（会員・非会員） 静岡県産婦人科医会（会員・非会員） 静岡産科婦人科学会（会員・非会員）		
10. 出身学校	（ ）卒業年月日： 年 月 日		
11. 医籍登録番号	（ ）登録年月日： 年 月 日		
12. 日本産科婦人科学会専門医番号	- N -		
13. 指導を受けた医療機関	施設名： 指導医名： 指導期間： 年 月		
14. 以前に指定を受けたことのある方	都道府県名： 指定年月日： 年 月 日		
年	月	履 歴	

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。

5. について、非会員にあたっては、従事する医療施設の所在地の郡市医師会を記入して下さい。

12. に記入した場合は 13. は記入しなくて結構です。

様式第4号（規程第7条第1項第3号関係）

研修症例実施報告書

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

研修医師氏名 _____ ㊞

※研修期間中に20例以上の人工妊娠中絶手術又は流産手術の実地指導を受けた症例を記載すること。
ただし、原則10例以上の人工妊娠中絶手術を含むこととする。

	年月日	内 容 1. 人工妊娠中絶手術 2. 流産手術	妊娠 週数	カルテ番号	医療施設名	主任指導医名
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

様式第5号（規程第7条第1項第4号、同第2項、第8条関係）

遵 守 事 項 誓 約 書

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所 在 地

医療施設名

氏 名 _____ ⑩

下記の諸事項を遵守することを誓約します。

記

1. 人工妊娠中絶手術の適応を厳守すること。
2. 中絶手術及び不妊手術の届出の正確を期すること。
3. 診療内容は産婦人科医療を主体とすること。
4. 医師会及び産婦人科専門団体の行う研修を受講すること。
5. 人工妊娠中絶手術の実施は、指定医師として指定を受けた施設内のみとし、往診先又は他の施設において行わないこと。
6. 必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。

副 申 書

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

医師会長 ㊟

母体保護法指定医師申請者（_____）に関する意見は下記のとおり
であります。

記

1. 人 格 （ 適 ・ 否 ）
2. 技 能 （ 適 ・ 否 ）
3. 設 備 （ 適 ・ 否 ）
4. 総 合 意 見 （ 適 ・ 否 ）

医療施設の設備指定申請書

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

TEL ()

医療施設名

管理者名 _____ ㊟

申請者氏名 _____ ㊟

指定医師指定番号 022- - -

診療科目

従事する医療施設について指定を受けたく申請します。

記

1. 入院設備（全体） ※ ○で囲んでください。
有 (床)
無 (※「連携施設届出書」(様式第8号)を添付すること)
2. 産婦人科施設
分娩室 (有 ・ 無)
手術・処置室 (有 ・ 無)
回復室 (有 ・ 無)
3. 産婦人科設備
手術台 (有 ・ 無)
酸素吸入設備 (有 ・ 無)
蘇生器具 (有 ・ 無)
呼吸心拍監視装置 (有 ・ 無)
転送電話 (有 ・ 無)
携帯電話 (有 ・ 無)
4. 産婦人科従事者数

医師	看護師	助産師	准看護師
人	人	人	人

必要事項を記入するか、○で囲んでください。
なお、医療施設の平面見取図を添付してください。

医療施設の設備にかかる連携施設届出書

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

【要件を充たす医療施設】

所在地

医療施設名

代表者名 _____ 印

本施設は、下記の医療施設の連携施設として協力いたしますので、届け出ます。

記

【申請者】

医療施設名 _____

代表者名 _____ 印

※ 申請者の医療施設が入院設備を有しない場合は、必ず届け出ること。

指定設備変更申請書

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

TEL ()

医療施設名

設備指定番号 022— —

管理者名 _____ ㊞

指定医師指定番号 022— — —

申請者氏名 _____ ㊞

年 月 日母体保護法第14条に定める指定医師の指定を受けました
が、

- | | | |
|------------|-----------|-----------|
| 1. 施設移転 | 2. 病院⇔診療所 | 3. 施設内の設備 |
| 4. 施設名称 | 5. 個人⇔法人 | 6. 施設住居表示 |
| 7. その他 () | | |
- (該当事由に○を記入)

について変更が生じたので、下記書類を添えて申請します。

記

1. 旧指定証書 1通
2. 変更事由1～3の場合は、医療施設の設備指定申請書（様式第7号）に医療施設の平面見取図を添えて申請すること。
3. 変更日及び変更理由をご記入ください。

【変更日】 年 月 日

【変更理由】

医療施設の設備指定に関する
指定医師の欠員届

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

TEL ()

医療施設名

設備指定番号 022— —

管理者氏名 _____ ㊞

年 月 日付けをもって従事する母体保護法指定医師が欠けましたので、届け出ます。

指定医師指定事項変更届

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

TEL ()

医療施設名

指定医師指定番号 022— —

届出者氏名 _____ ㊞

年 月 日母体保護法第 14 条に定める指定医師の指定を受けました
が、

1. 従事施設 2. 医籍登録番号 3. 氏名
4. その他 ()
(該当事由に○を記入)

について変更が生じたので、下記書類を添えて届け出ます。

記

- ・旧指定証書 1 通
- ・変更事由 1 の場合、医療施設の設備指定申請書（様式第 7 号）及び医療施設の平面見取図を添えて届け出ること。
ただし、従事する医療施設が既に設備指定を受けている場合は、これを省略することができる。
- ・変更日及び変更理由をご記入ください。

【変更日】 年 月 日

【変更理由】

指定医師指定更新申請書

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

医療施設名

設備指定番号 022— —

指定医師指定番号 022— — —

氏 名 ㊞

年 月 日母体保護法第 14 条に定める指定医師の指定を受けましたが、指定の更新を受けたく、下記書類に指定審査料（会員：8,000 円、非会員：30,000 円）也を添えて申請します。

記

1. 医師会・学会の入会状況等

- (1) 医事に関する法規違反 (有 ・ 無)
- (2) 郡 市 医 師 会 (会 員 ・ 非 会 員)
- 静 岡 県 医 師 会 (会 員 ・ 非 会 員)
- 静 岡 県 産 婦 人 科 医 会 (会 員 ・ 非 会 員)
- 静 岡 産 科 婦 人 科 学 会 (会 員 ・ 非 会 員)

*必要事項を○で囲んでください。

2. 添付書類

- (1) 遵守事項誓約書（様式第 5 号）
- (2) 母体保護法指定医師研修会参加証及び日本産婦人科医会研修参加証あわせて 7 枚相当。
ただし、7 枚相当の内 1 枚は必ず母体保護法指定医師研修会参加証であること。
（日本医師会生涯教育講座、都道府県医師会研修会、日本産科婦人科学会研修等の受講を勘案するも、産婦人科領域の内容とする。）
なお、開催日が次回更新日から過去 2 年以内のものとする。

指定医師指定更新辞退届

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

医療施設名

設備指定番号 022— —

指定医師指定番号 022— — —

氏 名 _____ ④

指定医師の更新を辞退いたしたく、ここに届け出ます。

※更新辞退に伴い、設備指定を受けた医療施設において従事する指定医師が欠員（0人）になった場合、その施設の長は医療施設の設備指定に関する指定医師の欠員届（様式第 10 号）を合わせて提出すること。

※指定証書及び母体保護法指定医師標識をあわせて返納すること。紛失した場合は紛失届（様式第 22 号）を提出すること。

研修機関認定申請書

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

TEL ()

医療施設名

代表者氏名 _____ ㊞

研修機関の認定を受けたく申請します。

記

1. 入院設備（全体） (床)
2. 産婦人科施設
- 分娩室 (有 ・ 無)
 - 手術室 (有 ・ 無)
 - 回復室 (有 ・ 無)
3. 産婦人科設備
- 手術台 (有 ・ 無)
 - 麻酔器 (有 ・ 無)
 - 蘇生器具 (有 ・ 無)
 - 呼吸心拍監視装置 (有 ・ 無)
4. 緊急手術への対応 (可 ・ 否)
5. 主任指導医 (在 ・ 不在)
6. 産婦人科従事者数

母体保護法指定医師	看護師	助産師
人	人	人

7. 症例実施件数（前3年の平均数）

開腹手術	分娩数
件	件

- ※1 必要事項を記入するか、○で囲んでください。
- ※2 該当する医療施設の平面見取図を添付してください。
- ※3 単独で研修機関の要件を充たさない場合は、研修機関にかかる連携施設登録届出書（様式第 15 号）を添付してください。

研修機関にかかる連携施設登録届出書

年 月 日

一般社団法人静岡県医師会長 様

【医育機関もしくは要件を充たす研修機関】

所在地

医療施設名

代表者名 _____ ㊞

下記の医療施設を本施設の連携施設として登録願いたく、届け出ます。

記

【申請者】

医療施設名 _____

代表者名 _____ ㊞

※ 申請者の医療施設が審査規程第 14 条の要件を充たさない場合には必ず届け出ること。

研修機関にかかる欠格事由届

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

TEL ()

医療施設名

代表者氏名 _____ ④

一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第 14 条第 1 項に定める母体保護法指定医師研修機関の認定を受けていましたが、要件に変更が生じ、単独では研修機関の要件が欠けましたので、**単独で要件を充たす研修機関の研修機関にかかる連携施設登録届出書（様式第 15 号）**を添付し、ここに届け出ます。

変更年月日（ 年 月 日）

【欠格事由】 ※欠格事項を○で囲んでください。

1. 入院設備 (無床)
2. 産婦人科施設
分娩室 (無)
手術室 (無)
回復室 (無)
3. 産婦人科設備
手術台 (無)
麻酔器 (無)
蘇生器具 (無)
呼吸心拍監視装置 (無)
4. 緊急手術への対応 (否)
5. 主任指導医 (不在)
6. 母体保護法指定医師数 (2 人未満)
7. 症例実施件数 (開腹手術：50 例未満、分娩数 120 例未満)

研修機関辞退届

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会 様

所在地

TEL ()

医療施設名

代表者氏名 _____ 印

当施設は、一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第 14 条第 1 項に定める母体保護法指定医師研修機関の認定を受けていましたが、下記の理由により認定を辞退いたしたく、ここに届け出ます。

記

辞退年月日（ 年 月 日）

※辞退理由に○を記入してください。

記入欄	辞退理由
	開腹手術 50 例以上（腹腔鏡手術を含める。）を充たさない
	分娩数 120 例以上を充たさない
	母体保護法指定医師資格者 2 名以上を充たさない
	緊急手術への対応が不可
	主任指導医（原則、産婦人科専門医）が不在
	その他（ ）

様式第 18 号（規程第 15 条第 1 項関係）

答 申

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

一般社団法人 静岡県医師会
母体保護法指定医師審査委員会

委員長

㊞

年 月 日付け静医発第 号をもって諮問のありました、母体保護法指定医師申請者（ ）の指定に関し、下記のとおり答申いたします。

記

1. 適

2. 否

(理 由)

様式第 19 号（規程第 15 条第 2 項関係）

意見書

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

一般社団法人 静岡県医師会
母体保護法指定医師審査委員会

委員長

㊟

年 月 日付け静医発第 号をもって諮問のありました、母体保護法指定医師申請者（ ）の指定に関する意見は下記のとおりであります。

記

1. 適

2. 否

(理 由)

様式第 20 号（表）（規程第 15 条第 4 項関係）

第 022- - - 号

指 定 証 書

所 在 地

医療施設名

（設備指定番号：022- - ）

氏 名

母体保護法（昭和 23 年法律 156 号）第 14 条に基づき上記の者を母体保護法
指定医師として指定する。

なお、指定期間は 年 月 日から 年 月 日までとする。

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会会長

注 意 事 項

1. 表記の医療施設における診療を離れたときは本指定は効力を失います。
2. 下記について変更が生じときは指定設備変更申請が必要です。

- ①施設移転
- ②病院⇔診療所
- ③施設内の設備
- ④施設名称
- ⑤個人⇔法人
- ⑥施設住居表示

3. 下記について変更が生じときは指定医師指定事項変更届が必要です。

- ①従事施設
- ②医籍登録番号
- ③氏名

遵 守 事 項

1. 人工妊娠中絶手術の適応を厳守すること。
2. 中絶手術及び不妊手術の届出の正確を期すること。
3. 診療内容は産婦人科医療を主体とすること。
4. 医師会及び産婦人科専門団体の行う研修を受講すること。
5. 人工妊娠中絶手術の実施は、指定医師として指定を受けた施設内のみとし、往診先又は他の施設において行わないこと。
6. 必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。

一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程施行細則
(人工妊娠中絶実施後の届出)

第 9 条 書類の届出は、翌月 10 日までに静岡県知事に届け出ること。

- (1) 人工妊娠中絶を行った医師は、その月中の手術の実施報告票を各自で記載すること。なお、人工妊娠中絶の実施件数が 0 件の場合も必ず報告すること。
- (2) 複数の指定医師がいる施設では、責任者が各自の実施報告票をとりまとめ届けること。

指定医師辞退届

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

指定医師氏名 _____ ㊞

母体保護法指定医師を辞退いたしたく、ここに届け出ます。

辞退年月日 _____ 年 月 日

所在地

医療施設名

設備指定番号（022- - ）

指定医師指定番号（022- - - ）

死亡による辞退の場合、届出人氏名と故人との続柄を記入してください。

〔 届出者氏名： _____ ㊞ 続柄： _____ 〕

※辞退に伴い、設備指定を受けた医療施設において従事する指定医師が欠員（0人）になった場合、その施設の長は医療施設の設備指定に関する指定医師の欠員届（様式第10号）を合わせて提出すること。

※指定証書及び母体保護法指定医師標識をあわせて返納すること。紛失した場合は紛失届（様式第22号）を提出すること。

一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師
指定歴証明依頼書

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

住 所

氏 名 _____ 印

私は、静岡県において母体保護法第 14 条に定める指定医師の指定を受けておりました。このたび、下記の理由により、母体保護法指定医師指定歴の証明を依頼いたします。

1. 理 由

2. 所属していた医療施設名

医療施設名 _____

様式第 24 号

一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師
指定証書再発行依頼書

年 月 日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

施設所在地

医療施設名

氏 名 _____ 印

私は、母体保護法第 14 条に定める指定医師の指定を受けましたが、下記の理由により、母体保護法指定医師指定証書の再発行を依頼いたします。

【再発行の理由】