（様式１の１）

母体保護法指定医師指定申請書

令和　　年　　月　　日

青森県医師会長　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 （研修症例実施報告書を添付）	（様式４） （附則様式）	１通
５.誓約書	（様式５）	１通
６.母体保護法設備指定申請書	（様式６）	１通

（様式１の２）

母体保護法指定医師指定申請書

令和　　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．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；
郡市医師会（会員・非会員）、青森県医師会（会員・非会員）
日本医師会（会員・非会員）
日本産婦人科医会青森県支部（会員・非会員）
日本産科婦人科学会青森県地方部会（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〇で囲んでください。
１３．に記入した場合は１４．は記入しなくて結構です。

（様式２）

意　見　書

令和　　年　　月　　日

青森県医師会長　殿

郡市医師会名

会　長　名　　印

下記の母体保護法指定医師申請者は指定医師として（適当・不適当）です。

所　在　地

医療施設名

氏　　名

（意見）

（様式３）

履　歴　書

（令和　　年　　月　　日現在）

年	月	履　　歴
指定取得		年　　月　　日
更　　新		
〃		
〃		
〃		
〃		

写　真 （３×４cm）

（様式４）

指　導　証　明　書

令和　　年　　月　　日

青森県医師会長　殿

所　在　地

指導施設名

施設管理者氏名　　印

主任指導医氏名　　印

（　　）の実地指導について下記証明する。

記

１．青森県医師会母体保護法指定医師の指定基準の技能（注１）に示す実地指導を
①完了　　②一部実施した。

２．指導医師氏名および指導期間（注２）

指導医師氏名	指　導　期　間
	自
	至　　の　　年　　ヶ月
	自
	至　　の　　年　　ヶ月
	自
	至　　の　　年　　ヶ月

（注１）指定を受ける医師は、医師免許取得後５年以上経過し、産婦人科の研修を３年以上受けたもの又は産婦人科専門医の資格を有するもので、２名以上の母体保護法指定医師（主任指導医は原則として、産婦人科専門医の資格を有するものとする）を有し、医育機関の付属施設又は年間開腹手術５０例以上（腹腔鏡手術を含める）、分娩数１２０例以上を取り扱う施設において、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ものでなければならない。

（注２）（１）指導医師が交代した場合には、同一施設であっても指導医師氏名および指導期間を記入すること。
（２）指導施設が２ヶ所以上の場合には、施設毎に指導証明書を提出すること。

研　修　症　例　実　施　報　告　書

研修医師氏名（　　）

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	病　院　名	主任指導医名

注）研修した症例は、原則として研修した医師の申請にのみ使用する。同じ症例の申請があったときには主任指導医に確認をとることがある。

（様式５）

誓　約　書

令和　　年　　月　　日

青森県医師会長　殿

医療施設名

所　在　地

氏　　名　　印

下記の内容を遵守することを誓約いたします。

記

青森県医師会母体保護法指定医師の遵守すべき規定

１．母体保護法第１４条第1項により指定された医師は、この規定を遵守すべき旨、青森県医師会長に文書により誓約しなければならない。

２．指定医師は氏名変更、指定を受けた医療施設の変更（場所、設備）があったときは、直ちに青森県医師会長へ届出なければならない。

３．指定医師は指定された医療施設の廃止、設備要件が欠如した場合には、設備指定証を又はその指定された医療施設より県外に転出した場合には指定証を、直ちに青森県医師会長へ返却しなければならない。

４．指定医師の２年毎の更新に際しては示された手続きを行わなければならない。

５．指定医師は母体保護法第２５条に定められた届出を怠ってはならない。

６．指定医師は母体保護法第１４条の人工妊娠中絶を施行するに当たっては常に次のことを遵守しなければならない。

（１）人工妊娠中絶の適応を厳守すること。

（２）人工妊娠中絶の実施は、指定医師として指定を受けた施設内のみとし、往診先等においては行わないこと。

（３）必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。

７．指定医師の診療科目は産婦人科を主体としなければならない。

８．指定医師は医師会及び産婦人科専門団体の行う研修会の受講を怠ってはならない。

９．指定医師は他の指定医師と円満協議し、救急時相互扶助の体制を確立するよう努めなければならない。

附　則

1.　この規定は令和３年７月８日より施行する。

２．令和３年７月８日現在母体保護法第１４条第１項により指定されている医師は、本規定１による誓約を更新時まで延期することができる。

（様式６）

母体保護法設備指定申請書

所属医師会名

氏　名　　印

１．医療施設名；

２．所在地；〒　　電話；

３．管理者氏名；

４．指定医師指定番号；０２　　－　　－　　－
（指定医師番号がある場合は記入してください。）

５．診療科目；産、婦、内、外、小、精、神、整、眼、耳、皮、麻、放、泌、
その他（　　）

病床数；　　室　　床

６．産婦人科施設；分娩室（有・無）、手術室（有・無）、回復室（有・無）

７．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）
転送電話（有・無）、携帯電話（有・無）

８．従事者数（医療施設全体）；医　師　　名、看　護　師　　名、
助産師　　名、准 看 護 師　　名
当直医　　名、看護補助者　　名

必要事項を記入するか〇で囲んでください。尚、医療施設の平面図を添付してください。

（様式７）

母体保護法設備指定変更届

１．医療施設名；

２．所在地；〒　　電話；

指定設備番号；　１０２　－　　－

３．管理者氏名；

４．申請者氏名；　　印

生年月日；　　年　　月　　日　　年齢；満　　才

現住所；〒　　電話；

５．指定医師指定番号；０２　－　　－　　－

６．所属医師会名；

７．変更箇所；

①　診療科目；産、婦、内、外、小、精、神、整、眼、耳、皮、麻、放、泌、
その他（　　）

②　病床数；　　室　　床

③　産婦人科施設；分娩室（有・無）、手術室（有・無）、回復室（有・無）

④　産婦人科設備；

（①から④までを変更した場合、詳しく記載してください。）

８．変更した理由

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。尚、②又は③を変更した場合には、医療施設の平面図を貼付してください。

（様式８）

母体保護法設備指定辞退届

令和　　年　　月　　日

青森県医師会長　殿

所　在　地

医療施設名

氏　　名　　印

指定設備番号　１０２－　　－

母体保護法設備指定を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

（理　　由）

（様式９）

母体保護法指定医師研修機関指定申請書

令和　　年　　月　　日

青森県医師会長　殿

所在地
医療施設名
管理者名　　㊞
主任指導医名　　㊞

母体保護法指定医師研修機関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証の写し（指導医1人につき各１通）　　１通

＜設備＞
１．病床数（産婦人科）：＿＿＿＿＿床
２．開腹手術数（腹腔鏡手術を含む）：＿＿＿＿＿例／年
３．分娩数：＿＿＿＿＿例／年
４．人工妊娠中絶又は流産手術：＿＿＿＿＿例／年

＜母体保護法指定医師名＞
主任指導医名：＿＿＿＿＿．＿＿＿＿＿．＿＿＿＿＿．＿＿＿＿＿．

他の指定医名：＿＿＿＿＿．＿＿＿＿＿．＿＿＿＿＿．＿＿＿＿＿．

注１）　指定医師研修機関は、2名以上の母体保護法指定医師（うち１名は主任指導医）を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医を有することを条件とする。
注２）　指定医師研修機関が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに指定医師研修機関を辞退するものとする。

（様式１０）

母体保護法指定医師研修連携施設登録申請書

令和　　年　　月　　日

青森県医師会長　殿

所在地
医療施設名
管理者名　　㊞
主任指導医名　　㊞

母体保護法指定医師研修連携施設登録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証の写し（指導医1人につき各1通）　　１通

２.申請理由（※研修機関として不足する事項を記入する）

本施設は、母体保護法指定医師研修において下記医療施設と連携いたします。

上記医療機関と連携することを同意します。

所在地
指定医師研修機関名
管理者名　　㊞
主任指導医名　　㊞

＜母体保護法指定医師名＞
主任指導医名：＿＿＿＿＿＿＿＿.＿＿＿＿＿＿＿＿.＿＿＿＿＿＿＿＿.＿＿＿＿＿＿＿＿.

他の指定医師名：＿＿＿＿＿＿＿＿.＿＿＿＿＿＿＿＿.＿＿＿＿＿＿＿＿.＿＿＿＿＿＿＿＿.

注１）　指定医師研修連携施設は、１名以上の母体保護法指定医師（原則として主任指導医）を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医であることを条件とする。
注２）　指定医師研修連携施設が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに指定医師研修連携施設を辞退するものとする。

（様式１１）

母体保護法指定医師研修機関指定通知書

令和　　年　　月　　日

殿

青森県医師会長

申請にかかる母体保護法指定医師研修機関の指定については、青森県医師会母体保護法指定医師の指定基準により指定したことを通知します。

なお、指定年月日及び指定番号等は以下の通りです。

記

１．指定年月日：
２．指定医師研修機関番号：　２０２　－　　－
３．指定医師研修機関名：
４．所在地：
５．指定設備番号：　１０２　－　　－
６．主任指導医名：

注１）　指定医師研修機関は、2名以上の母体保護法指定医師（うち１名は主任指導医）を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医を有することを条件とする。

注２）　指定医師研修機関が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに指定医師研修機関を辞退するものとする。

（様式１２）

母体保護法指定医師研修連携施設登録通知書

令和　　年　　月　　日

殿

青森県医師会長

申請にかかる母体保護法指定医師研修連携施設の登録については、青森県医師会母体保護法指定医師の指定基準により登録したことを通知します。

なお、登録年月日及び登録番号等は以下の通りです。

記

１．登録年月日：
２．指定医師研修連携施設番号：　３０２　－　　－
３．指定医師研修連携施設名：
４．所在地：
５．指定設備番号：　１０２　－　　－
６．主任指導医名：
７．連携先の研修機関：

注１）　指定医師研修連携施設は、１名以上の母体保護法指定医師（原則として主任指導医）を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医であることを条件とする。

注２）　指定医師研修連携施設が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに指定医師研修連携施設を辞退するものとする。

（様式１３）

母体保護法指定医師研修機関指定辞退届

令和　　年　　月　　日

青森県医師会長　殿

所在地
医療施設名
管理者名　　㊞
主任指導医名　　㊞
指定医師研修機関番号　２０２　－　　－

母体保護法指定医師研修機関指定を下記の理由により
辞退したいので届出いたします。

（理　　由）

（様式１４）

母体保護法指定医師研修連携施設辞退届

令和　　年　　月　　日

青森県医師会長　殿

所在地
医療施設名
指定医師研修連携施設管理者名　　㊞
主任指導医名　　㊞
指定医師研修連携施設番号　３０２　－　　－

母体保護法指定医師研修連携施設登録を下記の理由により
辞退したいので届出いたします。

（理　　由）

（様式１５）

母体保護法指定医師更新申請書

令和　　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．指定医師指定番号；０２－　　－　　－
（記入不要）

６．所属医師会名；

７．医療施設名；

８．所在地；〒　　電話；

９．指定設備番号；　１０２－　　－
（記入不要）

10.
郡市医師会；（会員・非会員）、青森県医師会；（会員・非会員）
日本医師会；（会員・非会員）
日本産婦人科医会青森県支部；（会員・非会員）
日本産科婦人科学会青森県地方部会；（会員・非会員）

11. 研修会受講状況　ⅰ）とⅱ）を添付いたします。
ⅰ）「母体保護法指定医師研修会受講証明書」もしくは「受講証明シール」
ⅱ）「日本産婦人科医会研修参加証」「e医学会専門医単位研修記録」
尚、ⅱ）の６回相当の受講は下記の表に記載の通りです。

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

12. 医事に関する法規違反；（有・無）

必要事項を記入するか〇で囲んでください。

（様式１６）

母体保護法指定医辞退届

令和　　年　　月　　日

青森県医師会長　殿

所　在　地

医療施設名

氏　　名　　印

指定医番号　０２－　　－　　－

母体保護法指定医を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

（理　　由）

（様式１７）

母体保護法指定医師医療施設変更届

令和　　年　　月　　日

青森県医師会長　殿

所　在　地

医療施設名

氏　　名　　印

指定医番号　０２－　　－　　－

下記の通り、令和　　年　　月　　日より医療施設が変更となりますので、届出いたします。

記

	（ 旧 ）	（ 新 ）
所　在　地	〒 （TEL　　－　　－　　）	〒 （TEL　　－　　－　　）
医 療 施 設 名	（管理者氏名：　　）	（管理者氏名：　　）