

(様式 1 の 1)

母体保護法指定医師指定申請書

令和 ○年 ○月 ○日

大阪府医師会長 殿

法人名を含め名称を正確にご記入ください

医療施設名 ○○会○○病院

申請者氏名 大阪 太郎



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. 郡市区等医師会長の副申書 (様式 2) | 1 通 |
| 3. 履 歴 書 (様式 3) | 1 通 |
| 4. 技術証明書 (様式 4) または日本専門医機構産婦人科専門医の写し
(研修症例実施報告書及び研修症例実施報告書証明書を添付) (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

大阪府医師会長 殿

法人名を含め名称を正確に
ご記入くださいふりがな
申請者氏名おおさか たろう
大阪 太郎

生 年 月 日	昭和・平成 ○年 ○月 ○日 生	年齢	満 ○歳
現 住 所	〒500-0000 大阪府○市○区○… 電話：06-0000-…		
所属郡市区等医師会	○○医師会（未入会の場合は記入不要です）		
医療施設	名 称	○○会○○病院	申請者の 所属診療科 ○○科
	所 在 地	〒500-0000 大阪府○市○区○… 電話：06-0000-… F A X：06-0000-…	
	医 療 法 上 の 管 理 医 師	医療法上の管理医師名 （地方公営企業法における病院事業管理者では ありませんのでご注意ください。以下同じ）	
医師会・学会等の 入 会 状 況	(1) 郡市区等医師会 (会員・非会員) (2) 大阪府医師会 (会員・非会員) (3) 大阪産婦人科医会 (会員・非会員) (4) 日本産婦人科医会 (会員・非会員) (5) 日本産科婦人科学会 (会員・非会員)		
出 身 学 校	○○大学	卒業年月日：	○年 ○月 ○日
医 籍 登 録 番 号	○○○○	登録年月日：	○年 ○月 ○日
産婦人科専門医番号	17- ○○○○○○○○		
指 導 を 受 け た 研 修 機 関 名	施設名称	主任指導 医師名	指導を受けた当時の 主任指導医師名 （複数人のときは 全員分記載ください）
	指導期間 ○年○ヵ月		
	施設名称	主任指導 医師名	指導を受けた当時の 主任指導医師名 （複数人のときは 全員分記載ください）
	指導期間 ○年○ヵ月		
以前指定を受けた ことのある方	都道府県名	指定年月日	年 月 日

(注) 必要事項を記入するか○で囲んで下さい。

令和 ○年 ○月 ○日

医 療 法 上 の：
管理医師確認欄

管理医師名



指定歴がある場合は記入

産婦人科専門医で
ない医師は合計3
年以上必要令和 年 月 日
医師会経由

郡市区等医師会に入会している場合のみ提出

(様 式 2)

副 申 書

法人名を含め名称を正確にご記入ください

医療機関所在地 大阪府〇市〇区…

同 名 称 〇〇会〇〇病院

申 請 者 氏 名 大阪 太郎

上記の者は母体保護法指定医申請に際し、本会において慎重審議の結果、母体保護法指定医師として適格者であることを認める。

令和 〇年 〇月 〇日

医 師 会 長

⑩

大 阪 府 医 師 会 長 殿

※郡市区等医師会の会員である場合は、原則としてこの用紙の添付をお願いします。非会員の場合は不要です。

(様 式 3)

写真を貼付ください

履 歴 書

○年 ○月 ○日現在

ふりがな	おおさか たろう		印
氏 名	大阪 太郎		
生年月日	昭和 平成	○年 ○月 ○日生	男・女
旧 氏 名			
ふりがな	おおさかふ○し○く…		
現 住 所	大阪府○市○区…		
郵便番号	5 ○ ○ - ○ ○ ○ ○	電話番号	06 局 (○ ○ ○ ○) ○ ○ ○ ○ 番

写真をはる位置

1. 縦 36～40mm
横 24～30mm
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

医籍登録番号	第○ ○ ○ ○ ○ ○ 号	登録年月日	昭和 平成 令和	○年 ○月 ○日
--------	----------------	-------	----------------	----------

年 号	年	月	学歴・免許・職歴・役歴・賞罰・母体保護法指定医師指定歴等 (各別にまとめて書く)
			学歴
昭和	○	○	○○大学医学部○科 入学
昭和	○	○	○○大学医学部○科 卒業
			職歴
平成	○	○	○○大学医学部 ○○科教室 入局
平成	○	○	○○大学医学部附属病院 入職 (○科研修医)
平成	○	○	○○大学医学部附属病院 退職
平成	○	○	○○市立病院 入職
平成	○	○	○○市立病院 退職
令和	○	○	○○会 ○○病院 入職
令和	○	○	○○会 ○○病院 退職
			現在に至る
			以上
			母体保護法指定医 指定申請書(様式1の2)の「指導を受けた医療機関名」「指導期間」と履歴書の職歴が一致していることを確認してください。
			母体保護法指定医師として指定を受けられたことのある方につきましては、母体保護法指定医師歴をご記入ください。(次ページ参照)

記入参考例

年 号	年	月	学歴・免許・職歴・役歴・賞罰・母体保護法指定医師指定歴等 （各別にまとめて書く）
			母体保護法指定医師歴
平成	○	○	○○県にて母体保護法指定医師 取得
令和	○	○	○○府にて母体保護法指定医師 取得
所 属 学 会			日本産科婦人科学会 ○○学会
備 考：産婦人科医として、研修をおこなった研修機関およびその期間を明記すること。 (別紙、技術証明書の記載と対応するもの)			

（様式４）

技 術 証 明 書

法人名を含め名称を正確にご記入ください

医療機関所在地 大阪府〇市〇区…
同 名 称 〇〇会〇〇病院
申 請 者 氏 名 大阪 太郎

上 の 者 昭和・平成・令和 〇年 〇月 〇日より
昭和・平成・令和 〇年 〇月 〇日まで

当病院産婦人科に於いて産婦人科学技術を修得したことを証明する。

令和 〇年 〇月 〇日

法人名を含め名称を正確にご記入ください

研修機関 〇〇会〇〇病院

主任指導医師 主任指導医師名



大 阪 府 医 師 会 長 殿

指導を受けた当時の主任指導医師名

修 練 期 間 中 の

分 娩 取 扱 件 数 〇件

手 術 件 数 〇件

令和 〇年 〇月 〇日

法人名を含め名称を正確にご記入ください

研 修 機 関 〇〇会〇〇病院

主 任 指 導 医 師 主任指導医師名



申 請 者 氏 名 大阪 太郎



指導を受けた当時の主任指導医師名

研修症例は都道府県医師会
が認める研修機関で行った
ものでなければ認められま
せんのでご注意ください。

記入参考例

研 修 症 例 実 施 報 告 書

指導を受けた当時の
主任指導医師名

研修医師氏名 大阪 太郎



	年月日	妊娠週数	母体保護法指定医師 研修機関名	主任指導医師名	人工妊娠中絶手術、 流産手術の別 (いずれかに○)
1	平成○年○月○日	○週	○○市立病院	主任指導医師名	人工妊娠中絶・流産手術
2	平成○年○月○日	○週	○○市立病院	主任指導医師名	人工妊娠中絶・流産手術
3	平成○年○月○日	○週	○○市立病院	主任指導医師名	人工妊娠中絶・流産手術
4	平成○年○月○日	○週	○○市立病院	主任指導医師名	人工妊娠中絶・流産手術
5	平成○年○月○日	○週	○○市立病院	主任指導医師名	人工妊娠中絶・流産手術
6	令和○年○月○日	○週	○○市立病院	主任指導医師名	人工妊娠中絶・流産手術
7	令和○年○月○日	○週	○○市立病院	主任指導医師名	人工妊娠中絶・流産手術
8	令和○年○月○日	○週	○○市立病院	主任指導医師名	人工妊娠中絶・流産手術
9	令和○年○月○日	○週	○○市立病院	主任指導医師名	人工妊娠中絶・流産手術
10	令和○年○月○日	○週	○○市立病院	主任指導医師名	人工妊娠中絶・流産手術
11					人工妊娠中絶・流産手術
					人工妊娠中絶・流産手術
					人工妊娠中絶・流産手術
14					人工妊娠中絶・流産手術
15					人工妊娠中絶・流産手術
16					人工妊娠中絶・流産手術
17					人工妊娠中絶・流産手術
18					人工妊娠中絶・流産手術
19					人工妊娠中絶・流産手術
20					人工妊娠中絶・流産手術
21					人工妊娠中絶・流産手術
22					人工妊娠中絶・流産手術
23					人工妊娠中絶・流産手術
24					人工妊娠中絶・流産手術
25					人工妊娠中絶・流産手術

研修症例 10 例以上（うち人工妊娠中絶手術*は 5 例以上必要です）の記入が必要
（*薬物のみによる妊娠週数 9 週以下の人工妊娠中絶は症例数に含められません。）

研修症例実施報告書証明書

法人名を含め名称を正確にご記入ください

研修機関名 ○○法人○○医療センター
現職の主任指導医師名 ○○ ○○



標記の医師について、当院産婦人科に於いて別添の研修症例実施報告書の通り
昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日より昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日
まで人工妊娠中絶術・流産術の実施研修をしたことを証明する。

令和 ○年 ○月 ○日

法人名を含め名称を正確にご記入ください

医療機関名 ○○病院

申請者氏名 大阪 太郎



大阪府医師会長 殿

(様 式 5)

誓 約 書

法人名を含め名称を正確にご記入ください

令和 ○年 ○月 ○日

大 阪 府 医 師 会 長 殿

医療施設名 ○○会○○病院

所 在 地 大阪府○市○区…

氏 名 大阪 太郎



下記の内容を遵守することを誓約いたします。

記

大阪府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項に指定された医師は、この規定を遵守すべき旨、大阪府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、直ちに大阪府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、又は指定された医療施設より府域外に転出した場合には指定証を、直ちに大阪府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)人工妊娠中絶手術の適応を厳守すること。
 - (2)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、往診先等においては行わないこと。
 - (3)必要に応じ術後の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. 指定医師は日本医師会、大阪府医師会、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会等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. この規定は平成12年4月1日から施行する。
2. 平成14年5月30日一部改定。
3. 平成26年1月22日一部改定。

(様式 6)

母体保護法設備指定申請書

大 阪 府 医 師 会 長 殿

所属地区医師会名：〇〇医師会（未入会の場合は空欄）

申請者氏名： おおさか たろう 大阪 太郎



大阪府医師会母体保護法指定医師の指定基準第7項により次の通り申請いたします。

申請種別	① 新規指定申請 2. 勤務先変更 3. 組織変更等※（名称・設備変更、法人開設等） ※設備指定変更届を添付してください。	令和 ○年 ○月 ○日付
医療施設名称	〇〇会〇〇病院 法人名を含め名称を正確にご記入ください	
施設所在地	〒5〇〇-〇〇〇〇 大阪府〇市〇区〇… 電話：06-0000-… FAX：06-0000-…	
開設者	（法人の場合は①法人名及び②その代表者を記載） 開設者名	
医療法上の管理医師名	医療法上の管理医師名	
申請者の所属診療科	所属診療科 「産科、婦人科」と「産婦人科」は区別してください	
標榜科目	産、婦、産婦、内、小、外、脳外、精、麻、放、泌 その他（〇〇科）	
病床数	1. 無床 2. 有床（総病床数 ○床）（産婦人科病床数 ○床）	
産婦人科施設	分娩室（有・無）、手術室（有・無）、回復室（有・無） 【全施設（有床無床問わず）】 「産婦人科設備・体制」欄の①、③、⑥について必須。	
産婦人科設備・体制	①手術台ないしは手術に対応しうる内診台（有・無） ②麻酔器（有・無） ③蘇生器具（有・無） ④呼吸心拍監視装置（有・無） ⑤常時回復室を観察しうる体制（有・無） ⑥転送電話、携帯電話等で24時間患者からの連絡に対応しうる体制（有・無） 【無床施設】 「産婦人科施設」欄の回復室ならびに、「産婦人科設備・体制」欄の①、③、⑤、⑥について必須。	
連携施設	名称： 〇〇病院 所在地：大阪府〇市〇区… 無床診療所の場合は必須	
開設許可年月日等	〇〇年 ○月 ○日 第 〇〇〇号	
構造設備使用許可年月日等	〇〇年 ○月 ○日 第 〇〇〇号	
産婦人科常勤従事者	医師 ○名、看護師 ○名、助産師 ○名 准看護師 ○名、看護補助者 ○名	
産婦人科非常勤従事者	医師 ○名、看護師 ○名、助産師 ○名 准看護師 ○名、看護補助者 ○名	

(注) 必要事項を記入もしくは○を付してください。医療施設の平面図を添付してください。

令和 〇年 〇月 〇日

医療法上の：
管理医師確認欄

管理医師名



令和 年 月 日

医師会經由 (印)

連 携 施 設 証 明 書

令和 ○年 ○月 ○日

大 阪 府 医 師 会 長 殿

法人名を含め名称を正確にご記入ください

所 在 地 大阪府○市○区…

連 携 施 設 名 ○○病院

連携施設長氏名 連携施設長名



下記医療機関は母体保護法により、当施設が連携を受託した施設であることを証明する。

法人名を含め名称を正確にご記入ください

医 療 機 関 名 ○○会○○クリニック

所 在 地 大阪府○市○区…

母 体 保 護 法

指定医師氏名 大阪 太郎

(注) 連携施設となり得る機関は、母体保護法に基づく設備指定を受け、連携施設を必要としない施設でなければならない。

指定医師が複数名従事している場合は、母体保護法指定医師氏名欄に、指定医師すべての氏名を記載すること。