

| 区分   | 申請事例  | 申請書提出期限  |
|------|---|----------|
| 新規申請 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・初めて指定を受ける方</li> <li>・異動（他府県から）</li> <li>・異動（大阪府内の指定医師がいない医療機関へ）</li> <li>・新規開業</li> <li>・医療法上、廃止・開設の手続きをする移転、改築等</li> </ul> | 審査日の一週間前 |

## 【ご提出いただく書類（新規申請）】

| 必要書類  | 注   |  |
|---|---|--|
| ① 母体保護法指定医師申請書（様式 1 の 1）                                | 以下の申請書②～⑩全体の表紙です。   |  |
| ② 母体保護法指定医師指定申請書（様式 1 の 2）                              | 医師会へ入会されている方は、郡市区等医師会印が必要です。所属の郡市区等医師会へご提出をお願いします（医師会へ入会されていない方は、本会へ直接ご提出ください）。 |  |
| ③ 副申書（様式 2）   | 医師会に入会していない方は提出不要です。  |  |
| ④ 履歴書（様式 3）   | 市販のものや独自に作成されたものでなく、所定の用紙をお使いください。  |  |
| ⑤ 技術証明書（様式 4）<br>あるいは、日本産科婦人学会専門医の場合は、専門医証（写し）を提出して下さい。 | 指定歴のある方は、⑤⑥に代えて、直近の指定証（大阪府：原本、他府県：写し）をご提出ください。なお、本会から、当該指定歴のある医師会に照会を行う場合があります。 |  |
| ⑥ 研修症例実施報告書（20 例以上記入）                                   | 20 例以上の研修症例には、10 例以上の人工妊娠中絶術が含まれている必要があります。                                     |  |
| ⑦ 誓約書（様式 5）   |   |  |
| ◆すでに指定医師の従事する施設で申請される方は、以下の⑧⑨⑩は省略できます。                  |   |  |

| 必要書類                          | 注  |
|-------------------------------|--|
| ⑧ 母体保護法設備指定申請書（様式6）           | <p>医師会へ入会されている方は、郡市区等医師会印が必要です。所属の郡市区等医師会へご提出をお願いします（医師会へ入会されていない方は、本会へ直接ご提出ください）。</p> <p>無床診療所が開設する場合は、構造設備使用番号がありませんので、該当箇所は空欄でご提出ください。また、原則として医師が診療所を開設する場合は、開設許可番号がありませんので、同欄も空欄で結構です。</p> |
| ⑨ 平面図（病院の場合は産婦人科関連施設のみで結構です。） |  |
| ⑩ 連携施設証明書                     | <p>無床診療所を指定施設として申請される方は、連携施設より⑩の発行を受け、原本を提出してください。有床の場合は必要ありません。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してください。</p>   |
| ⑪ 大阪産婦人科医会の会員証明書（原本）          | ⑪は、大阪産婦人科医会（☎06-6227-5383）より証明書の発行を受け、原本をご提出ください。  |

新規手数料は、大阪府医師会員 10,000 円、非会員 30,000 円です。

- ・認定講習会の際に納入をお願いします。
- ・事前に納入いただく場合は、下記口座へお振り込みください。

三菱東京UFJ銀行 谷町支店 普 2 5 9 3 4 6 社)大阪府医師会

\*振込人名の先頭に、「7021」を入力してください。

一般社団法人大阪府医師会 母体保護法係

〒543-8935 大阪市天王寺区上本町 2-1-22

TEL : 06-6763-7021 FAX : 06-6764-0267

(様式1の1)

## 母体保護法指定医師 指定申請書

平成 年 月 日

大阪府医師会長 殿

医療施設名

申請者氏名

⑩

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)または日本産科婦人科学会専門医認定証の写し<br>(研修症例実施報告書を添付)(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 |
| 7. 大阪産婦人科医会会員証明書   | 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

ふりがな  
申請者氏名

印

|                        |   |               |       |
|------------------------|---|---------------|-------|
| 生 年 月 日                | 大正・昭和・平成 年 月 日生   | 年齢            | 満 才   |
| 現 住 所                  | 〒<br>電話：  |               |       |
| 所属郡市区等医師会              |   |               |       |
| 医療施設                   | 名 称   | 申請者の<br>所属診療科 |       |
|                        | 所 在 地   | 〒<br>電話： FAX： |       |
|                        | 医療法上の<br>管理医師   |               |       |
| 医師会・学会等の<br>入 会 状 況    | (1) 郡市区等医師会 (会員・非会員)<br>(2) 大阪府医師会 (会員・非会員)<br>(3) 大阪産婦人科医会 (会員・非会員)<br>(4) 日本産婦人科医会 (会員・非会員)<br>(5) 日本産科婦人科学会 (会員・非会員) |               |       |
| 出 身 学 校                | 卒業年月日： 年 月 日  |               |       |
| 医 籍 登 録 番 号            | 登録年月日： 年 月 日  |               |       |
| 日本産科婦人科学会<br>認 定 番 号   | - N -   |               |       |
| 指 導 を 受 け た<br>研 修 機 関 | 施設名称  | 主任指導<br>医師名   |       |
|                        | 指導期間 年 ヲ月   |               |       |
|                        | 施設名称  | 主任指導<br>医師名   |       |
|                        | 指導期間 年 ヲ月   |               |       |
| 以前指定を受けた<br>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。

平成 年 月 日

医療法上の  
管理医師確認欄：

印

平成 年 月 日  
医師会経由 印

( 様 式 2 )

副 申 書

医療機関所在地

同 名 称

申 請 者 氏 名

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。

平成 年 月 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。



| 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<br>(各別にまとめて書く) |
|--|---|---|---|
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
|  |   |   |   |
| 所 属 学 会  |   |   |   |
| <p>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。<br/>(別紙、技術証明書の記載と対応するもの)</p> |   |   |   |

( 様式 4 )

# 技 術 証 明 書

医療機関所在地  
同 名 称  
申 請 者 氏 名

上 の 者 昭和・平成 年 月 日より  
昭和・平成 年 月 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。

平成 年 月 日

研修機関

主任指導医師

⑩

大阪府医師会長 殿

○ ○

修練期間中の

分娩取扱件数 件

手術件数 件

平成 年 月 日

研 修 機 関

主 任 指 導 医 師

⑩

申 請 者 氏 名

⑩



# 研修症例実施報告書

研修医師氏名

(印)

|    | 年月日 | 妊娠週数 | 母体保護法指定医師<br>研修機関名 | 主任指導医師名 | 人工妊娠中絶手術、<br>流産手術の別<br>(いずれかに○) |
|----|-----|------|--------------------|---------|---------------------------------|
| 1  |     |      |                    |         | 人工妊娠中絶・流産手術                     |
| 2  |     |      |                    |         | 人工妊娠中絶・流産手術                     |
| 3  |     |      |                    |         | 人工妊娠中絶・流産手術                     |
| 4  |     |      |                    |         | 人工妊娠中絶・流産手術                     |
| 5  |     |      |                    |         | 人工妊娠中絶・流産手術                     |
| 6  |     |      |                    |         | 人工妊娠中絶・流産手術                     |
| 7  |     |      |                    |         | 人工妊娠中絶・流産手術                     |
| 8  |     |      |                    |         | 人工妊娠中絶・流産手術                     |
| 9  |     |      |                    |         | 人工妊娠中絶・流産手術                     |
| 10 |     |      |                    |         | 人工妊娠中絶・流産手術                     |
| 11 |     |      |                    |         | 人工妊娠中絶・流産手術                     |
| 12 |     |      |                    |         | 人工妊娠中絶・流産手術                     |
| 13 |     |      |                    |         | 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                     |

( 様 式 5 )

# 誓 約 書

平成 年 月 日

大阪府医師会長 殿

医療施設名

所在地

氏 名

⑩

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： \_\_\_\_\_

申請者氏名： \_\_\_\_\_ (印)

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<br>2. 勤務先変更<br>3. 組織変更等※ (名称・設備変更、法人開設等)<br>※設備指定変更届を添付してください。   | 平成 年 月 日付 |
| 医療施設名称       | _____  |           |
| 施設所在地        | 〒 _____<br>電話： _____ FAX： _____  |           |
| 開設者          | (法人の場合は①法人名及び②その代表者を記載)  |           |
| 医療法上の管理医師名   | _____  |           |
| 申請者の所属診療科    | _____  |           |
| 標榜科目         | 産、婦、産婦、内、小、外、脳外、精、麻、放、泌<br>その他 ( _____ )   |           |
| 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)  |           |
| 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)<br>②麻酔器 (有・無)<br>③蘇生器具 (有・無)<br>④呼吸心拍監視装置 (有・無)<br>⑤常時回復室を観察しうる体制 (有・無)<br>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) |           |
| 連携施設         | 名称： _____ 所在地： _____   |           |
| 開設許可年月日等     | _____ 年 月 日 _____ 第 _____ 号  |           |
| 構造設備使用許可年月日等 | _____ 年 月 日 _____ 第 _____ 号  |           |
| 産婦人科常勤従事者    | 医師 _____ 名、 看護師 _____ 名、 助産師 _____ 名<br>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<br>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。平面図に変更がない場合は不要です。

平成 年 月 日

医療法上の \_\_\_\_\_ (印)  
管理医師確認欄 \_\_\_\_\_

( 平成 年 月 日 )  
医師会経由 (印)

# 連 携 施 設 証 明 書

平成 年 月 日

大 阪 府 医 師 会 長 殿

所 在 地

連 携 施 設 名

連 携 施 設 長 氏 名

⑩

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。

医 療 機 関 名

所 在 地

母 体 保 護 法  
指 定 医 師 氏 名

(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。