

区分	申請事例	申請書提出期限
勤務先変更	・異動 (大阪府内から大阪府内の指定医師がいる医療機関へ)	異動が決定したら速やかに申請をお願いいたします

- ※ 他府県より大阪府内への勤務先変更は、新規申請です。
- ※ 指定医師のいない施設への勤務先変更は、新規申請です。

【ご提出いただく書類（勤務先（指定施設）変更）】

- ① 母体保護法設備指定申請書（様式 6）※1 ※2
- ② 指定証（原本）

- ※1 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）。
- ※2 無床診療所が開設する場合は、構造設備使用許可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。

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 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。	平成 年 月 日付
医療施設名称	_____	
施設所在地	〒 _____ 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 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) 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)	
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 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。

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)