

【ご提出いただく書類（返納）】

- ① 母体保護法指定証返納届
- ② 指定証（原本）
- ③ プレート

※ 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ので、所属の郡市区等医師会へご提出ください。

※ 指定証を紛失した場合は、返納届に紛失した旨を記載してください。

※ プレートを紛失した場合は、返納届に紛失した旨を記載してください。

※ 指定医師が死亡された場合は、ご遺族により返納してください。

【お問合せ】 大阪府医師会企画課母体保護法係
〒543-8935 大阪市天王寺区上本町 2-1-22
TEL : 06-6763-7021 FAX : 06-6764-0267

母体保護法指定証返納届

指定証の番号	第 号	指定年月日	年 月 日
指定施設	所在地		
	名称		
指定医師氏名			
指定証返納年月日 およびその事由		平成 年 月 日付	
<p>上記のとおり、指定証を返納したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">大阪府医師会長 殿</p>			

〔 平成 年 月 日 医師会経由 ㊟ 〕