

母体保護法指定医師指定申請書

日付は必ず記載する

平成 26 年 12 月 1 日

北海道医師会長 様

申請書類における、
医療機関の所在地および現住所等は
全て必ず枝番まで記入すること

所在地 札幌市中央区大通西6丁目6番地
医療施設名 北海道レディースクリニック
氏 名 道医 一郎 道医

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いたします。

提出する書類に○を付ける

記

- ① 母体保護法指定医師指定申請書 (様式1の2)
- ② 郡市・医育機関医師会長の意見書 (会員のみ) (様式2)
- ③ 履 歴 書 (様式3)
- ④ 産婦人科専門医証の写しまたは指導証明書 (様式4)
(研修症例実施報告書を添付) (様式5)
- ⑤ 誓 約 書 (様式6)
6. 母体保護法設備指定申請書 (様式9)
- ⑦ 母体保護法指定医師研修会受講証明書 (参加証)

母体保護法指定医師指定申請書 (新規・再審)

1. 申請者氏名: ふりがな 道医 一郎



(新規・再審)
のいずれかを○で囲む

2. 生年月日: 昭和 平成 49年 11月 11日 満 40 歳

3. 現住所: 〒 060-8627 電話: (011) 231-1432
札幌市中央区大通西6丁目6番地

4. 本籍地: 札幌市中央区大通西6丁目6番地

5. 所属郡市・医育機関医師会名 (会員のみのみ): 札幌市医師会

6. 医療施設名: 北海道レディースクリニック

7. 所在地: 〒 060-8627 電話: (011) 231-1432
札幌市中央区大通西6丁目6番地

8. 管理者氏名: 道医 二郎

9. 医師会・学会等の入会状況:

北海道医師会 (会員)・非会員)

北海道産婦人科医会 (会員)・非会員)

北海道産科婦人科学会 (会員)・非会員)

3. 現住所、4. 本籍地、7. 所在地
同じであっても、省略せず
枝番まで記載する

10. 出身学校: 道医医科大学 卒業年月: 昭和 平成 11年 3月

11. 医籍登録番号:

4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---

 登録年月日: 昭和 平成 11年 4月 30日

12. 産婦人科専門医番号: (1990123) -N- (0414)

13. 指導を受けた医療機関名: 医療法人道医会 道医病院

指導医氏名: 道医 三郎

指導期間: 1 年 0 ヲ月

14. 以前に指定を受けたことのある医師 都道府県医師会名:

指定年月日: 昭和 平成 年 月 日

注: 1. 必要事項を記入するか○で囲んでください。

2. 再審の場合、13.14. の記載不要。

意見書

平成 年 月 日

北海道医師会長 様

郡市・医育機関医師会で
適格と認めた日付を記載する

郡市・医育機関
医師会名

会長名

印

下記のは、当会の会員であり、人格・技術ともに優れ、また、
医療機関の設備も十分整備されておりますので、母体保護法による
指定医師として適格と認めます。

所在地 札幌市中央区大通西6丁目6番地

医療施設名 北海道レディースクリニック

氏名 道医 一郎

再審査の場合は、意見書の日付が指定日となる。
新規審査の場合は、道医の役員会で承認された日が指定日となる。

指 導 証 明 書

平成 年 月 日

北海道医師会長 様

新規申請の場合は「産婦人科専門医証の写し」
または「指導証明書(様式4)」を提出する

所在地

指導施設名

施設管理者氏名

印

主任指導医氏名

印

医師の実地指導について下記証明する。

記

1. 北海道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 完了した。
- 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 年 月
	自 至 年 月
	自 至 年 月

注：1. 指定を受ける医師は、産婦人科専門医の資格を有する医師、または医師免許取得後5年以上経過しており産婦人科の専門研修を3年以上受けた医師で、北海道医師会が認める研修機関において、期間中に20例以上の人工妊娠中絶手術また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。ただし研修症例実施報告書の記載に当たっては、10例以上の人工妊娠中絶手術を含むものとする。

2. (1) 指導医師が交代した場合は、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ヵ所以上の場合には、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

時系列に記載する

研修医師氏名 ()

番号	年月日	妊 娠 週 数	カルテ番号	施 設 名	主任指導医氏名
1		週 (自然・人工)			ⓐ
2		週 (自然・人工)			ⓐ
3		週 (自然・人工)			ⓐ
4		週 (自然・人工)			ⓐ
5		週 (自然・人工)			ⓐ
6		週			ⓐ
7		週			ⓐ
8		週 (自然・人工)			ⓐ
9		週 (自然・人工)			ⓐ
10		週 (自然・人工)			ⓐ
11		週 (自然・人工)			ⓐ
12		週 (自然・人工)			ⓐ
13		週 (自然・人工)			ⓐ
14		週 (自然・人工)			ⓐ
15		週 (自然・人工)			ⓐ
16		週 (自然・人工)			ⓐ
17		週 (自然・人工)			ⓐ
18		週			ⓐ
19		週			ⓐ

北海道医師会が認める「研修機関」(別表)で
実地研修が行われていること

履歴書(様式3)の職歴欄との整合性を確認する
職歴に「研修機関」が含まれていない場合は、
「研修機関および研修時期」がわかるように記載する

20例以上の人工妊娠中絶手術または流産手術の
実施指導を受けること
ただし、10例以上の人工妊娠中絶手術を含むこと

誓 約 書

日付は必ず記載する

平成 26年 12月 1日

北海道医師会長 様

医療施設名 北海道レディースクリニック
所在地 札幌市中央区大通西6丁目6番地
氏 名 道医 一郎

道医

下記の内容を遵守することを誓約いたします。

必ず本人の自筆で記載する

記

北海道医師会母体保護法指定医師の遵守すべき事項

1. 母体保護法第14条第1項により指定された医師は、この事項を遵守すべき旨、北海道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、直ちに北海道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標識および指定書を、またはその指定された医療施設より転出した場合には指定書を、直ちに北海道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条の人工妊娠中絶手術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、往診先または他の施設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. 指定医師は医師会およ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。

母体保護法指定医師指定辞退届

辞退を希望する場合は、
この様式8に現指定書を添えて
提出する

平成 26 年 12 月 1 日

北海道医師会長 様

日付は必ず記載する

枝番まで記載する

所在地 札幌市中央区大通西6丁目6番地

医療施設名 医療法人道医会 道医病院

氏 名 道医 三郎

道医

指定番号

1	2	3	4
---	---	---	---

母体保護法指定医師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。

辞退年月日 平成 26 年 11 月 30 日

辞退理由 平成26年11月30日付退職のため。

医療施設から指定医師が不在となる場合は、
様式13(母体保護法設備指定辞退届)および
様式10(指定医師施設標識プレート)も併せて提出する

母体保護法設備指定申請書(新規のみ)

郡市・医育機関医師会名(会員のみ)

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：

(指定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 ()

6. 病床数： 室 床

1床以上保有していること

7. 産婦人科施設：分娩室(有・無)、手術室(有・無)、回復室(有・無)

8. 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)

9. 事業者数：医師 名、看護師 名、助産師 名、准看護師 名

(事業施設全体) 当直医師 名、看護補助者 名

注：1. 必要事項を記入するか○で囲んでください。

2. 医療施設の平面図を添付してください。

産婦人科施設として確認できるもの

平面図に併せて、保健所の開設許可書(写し)を添付する

(様式10)

指定医師施設標識

母体保護法指定医師

一般社団法人

北海道医師会

医療施設から指定医師が不在となる場合に、
様式8(母体保護法指定医師指定辞退届)および
様式13(母体保護法設備指定辞退届)と併せて提出する

母体保護法指定医師更新申請書

1. 申請者氏名：^{ふりがな} 道医 一郎 ^{どい いちろう}



2年に一度(西暦偶数年)の更新時に
現指定書を添えて提出する

2. 生年月日：^{昭和} 49年11月11日 満40歳
^{平成}

3. 現住所：〒060-8627 電話：(011)231-1432
札幌市中央区大通西6丁目6番地

4. 指定医師指定番号：

1	4	3	3
---	---	---	---

枝番まで記載する

5. 所属郡市・医育機関医師会名(会員のみ)：札幌市医師会

6. 医療施設名：北海道レディースクリニック

7. 所在地：〒060-8627 電話：(011)231-1432
札幌市中央区大通西6丁目6番地

枝番まで記載する

8. 病床数：15室19床

9. 医療機関番号：

0	1	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

1床以上保有していること

10. 医師会・学会等の入会状況：

北海道医師会 (会員)・非会員

北海道産婦人科医会 (会員)・非会員

北海道産科婦人科学会 (会員)・非会員

11. 医師会および産婦人科専門団体の行う研修会受講状況：

研修参加証(シール)等を添付のこと。

※母体保護法指定医師研修会受講証明書(参加証)を必ず1枚含めること。

12. 医事に関する法規違反：(有)・(無)

注：必要事項を記入するか○で囲んでください。

母体保護法設備指定変更届

1. 医療施設名：

医療機関番号：

--	--	--	--	--	--	--

2. 所在地：〒 電話：() -

枝番まで記載する

3. 管理者氏名：

4. 申請者氏名： 印

生年月日： 昭和 年 月 日 満 歳
平成

現住所：〒 電話：() -

枝番まで記載する

5. 指定医師指定番号：

--	--	--	--

6. 所属郡市・医育機関医師会名（会員のみ）：

7. 変更箇所： 下記に変更箇所のみ記載する

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までの内容を変更した場合、詳しく記載してください。特に、②または③
を変更した場合には、医療施設の平面図を添付してください。)

8. 変更した理由：

母体保護法設備指定辞退届

平成 26 年 12 月 1 日

北海道医師会長 様

所在地 札幌市中央区大通西6丁目6番地

医療施設名 医療法人道医会 道医産婦人科

氏名 北海 四郎



医療機関番号 0212345

管理者の氏名を記載する

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。

辞退年月日 平成 26 年 11 月 30 日

辞退理由 平成 26 年 11 月 30 日付 閉院のため

医療施設から指定医師が不在となる場合に、
様式8(母体保護法指定医師指定辞退届)および
様式10(指定医師施設標識プレート)と併せて提出する

母体保護法による指定医師に関する不服申出書

平成 年 月 日

北海道医師会長 様

平成 年 月 日 貴会母体保護法指定医師審査委員会において審査の結果、指定不可とされましたが、審査決定に対し下記の理由により不服でありますので、再度審査くださるよう別紙（申請一件書類）を添え再審査を申請いたします。

記

(不服の理由)

平成 年 月 日

申請者

住所

医療施設名

氏名

管理者

氏名

(申請者が管理者の場合は記載不要)

母体保護法指定医師指定書再交付申請書

平成 26 年 12 月 1 日

北海道医師会長 様

指定書を紛失または毀損した場合は、再交付申請料5,000円(消費税別)を添えて申請する

枝番まで記載する

所在地 札幌市中央区大通西6丁目6番地

医療施設名 北海道レディースクリニック

氏名 道医二郎

道医

私こと、母体保護法指定医師の指定書を(紛失)・毀損)しましたので、再交付を申請いたします。

(紛失・毀損)のいずれかを○で囲む

《以下、紛失者のみ記入》

新たな指定書を受領後、先に交付済の指定書が発見されたときには、旧指定書をすみやかに返還することを誓約いたします。

署名

道医二郎

道医

必ず本人の自筆で記載する

注：1. 本書の「氏名」および「署名」は、指定医師本人の自署によるものとする。

2. 「毀損」の場合は、「毀損」した指定書を必ず本書に添付して申請するものとする。

母体保護法指定医師氏名等変更届

平成 26 年 12 月 8 日

北海道医師会長 様

枝番まで記載する

所在地 札幌市中央区大通西6丁目6番地

医療施設名 北海道レディースクリニック

氏名 北海花子

道医

医療機関番号

0	1	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

下記理由により、母体保護法指定医師の指定内容に変更が生じました。

つきましては、再交付していただきたく現指定書を添えて届出いたします。

変更年月日 平成 26 年 12 月 1 日

変更内容 名字を 道医 から 北海 に変更

変更理由 婚姻のため

母体保護法連携施設協定書

医療機関名 _____

所在地 _____

管理者 _____ (印)

北海道医師会長 様

平成 年 月 日

当院では、連携施設として下記医療機関と協定を締結しております。

記

①	医療機関名	
	管理者	(印)
②	医療機関名	
	管理者	(印)
③	医療機関名	
	管理者	(印)

必要であれば、② ③ も記載する

北海道医師会母体保護法指定医師 研修機関

別表

(平成26年11月1日現在)

ブロック	医療機関名
医育機関	北海道大学病院
	札幌医科大学附属病院
	旭川医科大学病院
中央	N T T 東日本札幌病院
	J A 北海道厚生連札幌厚生病院
	市立札幌病院
	札幌マタニティ・ウイメンズホスピタル
	医療法人社団朋佑会札幌産科婦人科
	医療法人育愛会札幌東豊病院
	勤医協札幌病院
	医療法人社団明珠会白石産科婦人科病院
	E V E ウィミンズクリニック
	医療法人社団グロリア会月寒グロリアクリニック
	独立行政法人地域医療機能推進機構北海道病院
	社会医療法人孝仁会五輪橋産科婦人科小児科病院
	医療法人育愛会大谷地産科婦人科
	医療法人社団札幌西レディースクリニック
	手稲溪仁会病院
	医療法人育愛会愛産婦人科
	医療法人社団手稲あけぼのレディースクリニック
医療法人社団エナレディースクリニック	
市立千歳市民病院	
道南	函館中央病院
	社会福祉法人函館厚生院函館五稜郭病院
	秋山記念病院
	八雲総合病院
日胆	苫小牧市立病院
	王子総合病院
空知	砂川市立病院
道北	J A 北海道厚生連旭川厚生病院
	医療法人社団弘和会森産科婦人科病院
	社会福祉法人北海道社会事業協会富良野病院
北見	北見赤十字病院
	医療法人社団公和会中村記念愛成病院
道東	J A 北海道厚生連帯広厚生病院
	医療法人社団慶愛慶愛病院
	総合病院釧路赤十字病院
	町立中標津病院

合計38件