様式第１号（規程第７条第１項関係）

母体保護法指定医師指定申請書

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

医療施設名

氏 　 名 　　　　　　　 　　 ㊞

　母体保護法第14条による指定医師として指定を受けたく、下記書類に指定審査料

（会員：１０,０００円、非会員：３０，０００円）也を添えて申請します。

記

　１．履歴書（様式第２号） 　　　 １通

　２．日本産科婦人科学会専門医証の写し又は指導証明書**＊**（様式第３号）　　 １通

　３．研修症例実施報告書**＊**（様式第４号）　　　　　　　　　　　　　　 　　 １通

　４．遵守事項誓約書（様式第５号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　１通

　５．受講証明書（母体保護法指定医師研修会参加記録又は参加証） 　　　　　１通

　　　（開催日が申請日から過去２年以内のものとする。）

＊ 申請者は、指導証明書及び研修症例実施報告書について、他の都道府県において指定医師であった場合、指定医師証の写し若しくは当該都道府県医師会長の証明をもって代えることができる。

※ 申請者は、従事する医療施設について、医療施設の設備指定申請書（様式第７号）に医療施設の平面見取図を添えて申請すること（ただし、他に指定医師が従事し、既に設備指定を受けている場合は、この限りでない）。

様式第２号（規程第７条第１項第１号関係）

履　　歴　　書

年　　　　月　　　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １． | | ㊞ | | |
| ２．生年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日　　　年齢：満　　　　歳 | | |
| ３．現住所 | | 〒  TEL： 　　　　　　　　　　　　携帯： | | |
| ４．本籍地 | |  | | |
| ５．医師会名 | |  | | |
| ６．医療施設名 | |  | | |
| ７．所在地 | | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： | | |
| ８．管理者氏名 | |  | | |
| ９．医師会・学会等の入会状況 | | | 郡市医師会 （　会員　・　非会員　）　 　　　　静岡県医師会 （　会員　・　非会員　） 　　　　静岡県産婦人科医会 （　会員　・　非会員　）　　　　　　　　静岡産科婦人科学会 （　会員　・　非会員　） | |
| 10．出身学校 | | （　　　　　　　　　）卒業年月日：　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 11．医籍登録番号 | | （　　　　　　　　　）登録年月日： 　　　　年　　 月 日 | | |
| 12．日本産科婦人科学会専門医番号 | | | |  |
| 13．指導を受けた医療機関 | | | | 施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指導医名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指導期間：　　　年　　　月 |
|
| 14．以前に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 |
| 年 | 月 | 履　　　　歴 | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
| 15．賞罰の有無 | | 有・無 | | |
| （有の場合はその内容） | | | | |

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　５．について、非会員にあたっては、従事する医療施設の所在地の郡市医師会を記入して下さい。　　　　　　　　　12．に記入した場合は13．は記入しなくて結構です。

様式第３号（規程第７条第１項第２号関係）

指　導　証　明　書

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

指導施設名

　　 　　　　　　　　　㊞

　 　 ㊞

（氏名）　　　　　　　　　　　の実地指導について下記証明する。

記

１．一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程指定基準の技能（注１）に示す実地指導を（　①完了　　②一部実施　）した。

２．指導医師氏名および指導期間（注２）

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | 自  至 　　　　　の　　年　　ヶ月 |
|  | 自  至 　　　 の　　年　　ヶ月 |
|  | 自  至 　　　 の　　年　　ヶ月 |

（注１）指定を受ける医師は、医師免許取得後５年以上経過し、産婦人科の研修を３年以上受けた者又は日本産科婦人科学会専門医の資格を有する者であって、研修期間中に１０例以上の人工妊娠中絶手術（薬物のみによる人工妊娠中絶は症例数に含めない。）又は流産手術の実地指導を受けた者とする。ただし、原則５例以上の人工妊娠中絶手術（薬物のみによる人工妊娠中絶は症例数に含めない。）を含むこととする。

指定を受けるための研修機関は、医育機関の付属施設又は年間開腹手術５０例以上（腹腔鏡手術を含める。）、分娩数１２０例以上を取り扱う施設で、２名以上の母体保護法指定医師を有するものであること。また、母体保護法指定医師で、研修医を教育することができる人格及び技能を備えた主任指導医が存在すること。主任指導医は原則として、産婦人科専門医の資格を有するものであること。

（注２）（１）指導医師が交代した場合には、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ヶ所以上の場合には、施設毎に指導証明書を提出すること。

様式第４号（規程第７条第１項第３号関係）

研 修 症 例 実 施 報 告 書

年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

研修医師氏名 　 　 ㊞

※研修期間中に10例以上の人工妊娠中絶手術（薬物のみによる人工妊娠中絶は症例数に含めない。）又は流産手術の実地指導を受けた症例を記載すること。

ただし、原則５例以上の人工妊娠中絶手術（薬物のみによる人工妊娠中絶は症例数に含めない。）を含むこととする。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年月日 | 内　　容  1.人工妊娠中絶手術  2.流産手術 | 妊娠  週数 |  | 医療施設名 |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

様式第５号（規程第７条第１項第４号、同第２項、第８条関係）

遵　守　事　項　誓　約　書

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

医療施設名

氏 　 名　 　　　　　　　 　㊞

　下記の諸事項を遵守することを誓約します。

記

１．人工妊娠中絶手術の適応を厳守すること。

２．中絶手術及び不妊手術の届出の正確を期すること。

３．診療内容は産婦人科医療を主体とすること。

４．医師会及び産婦人科専門団体の行う研修を受講すること。

５．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、往診先又は他の施設において行わないこと。

６．必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。

様式第６号（規程第７条第３項関係）

副　　申　　書

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

　　　　　　　　　　医師会長　　㊞

　母体保護法指定医師申請者（　　　　　　　　　　）に関する意見は下記のとおりであります。

記

１．人　　　　　格　　（　　適　　・　　否　　）

２．技　　　　　能 （ 適　　・　　否　　）

３．設　　　　　備 （　　適　　・　　否 ）

４．総　合　意　見 （　　適　　・　　否 ）

様式第７号（規程第７条の２第１項関係）

医療施設の設備指定申請書

　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

TEL　　　　（　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　管理者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　 　申請者氏名　　　　　　　　 　　　　㊞

指定医師指定番号 022－　　　　－　　　　－

従事する医療施設について指定を受けたく申請します。

記

１．入院設備（全体）　　　　　　※　○で囲んでください。

　有　　（　　　　床）

　無　　（※「連携施設届出書」（様式第８号）を添付すること）

２．産婦人科施設

　　　　　　　（　　有　　・　　無　　）

　　　　　　手術・処置室　（　　有　　・　　無　　）

　　　　　　　（　　有　　・　　無　　）

３．産婦人科設備

　　　　　　　（　　有　　・　　無　　）

　　　　　　酸素吸入設備　（　　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　　）

４．産婦人科従事者数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医　　師 | 看護師 | 助産師 | 准看護師 |
| 人 | 人 | 人 | 人 |

必要事項を記入するか、○で囲んでください。

なお、医療施設の平面見取図を添付してください。

様式第８号（規程第７条の２第１項第２号、第13条第１項第６号関係）

医療施設の設備にかかる連携施設届出書

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

　　　　　　　　　　　【要件を充たす医療施設】

　　　　　　　 所在地

　　　　　　　 医療施設名

代表者名 　　　　　　　 　㊞

　本施設は、下記の医療施設の連携施設として協力いたしますので、届け出ます。

記

　【申請者】

　　　医療施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※　申請者の医療施設が入院設備を有しない場合は、必ず届け出ること。

様式第９号（規程第７条の２第２項、第17条第１項第２号関係）

指定設備変更申請書

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

TEL　　　（　　　　）

医療施設名

設備指定番号　022－　　　－

管理者名　　　　　　　　　　　　㊞

指定医師指定番号　022－　　　－　　　－

申請者氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　年　　月　　日母体保護法第14条に定める指定医師の指定を受けましたが、

　　　１．施設移転　　　　２．病院⇔診療所　　　３．施設内の設備

４．施設名称　　　　５．個人⇔法人　　　　６．施設住居表示

７．その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

（該当事由に○を記入）

について変更が生じたので、下記書類を添えて申請します。

記

　１．旧指定証書　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　 １通

２．変更事由１～３の場合は、医療施設の設備指定申請書（様式第７号）に

医療施設の平面見取図を添えて申請すること。

　３．変更日及び変更理由をご記入ください。

|  |
| --- |
| 【変 更 日】　　　　　　年　　　　月　　　　日  【変更理由】 |

様式第10号（規程第７条の２第３項関係）

医療施設の設備指定に関する

指定医師の欠員届

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長　様

所在地

TEL　　　　（　　　　）

医療施設名

設備指定番号　022－　　　－

管理者氏名　　　 　　　　　 　　　　　㊞

　　　　年　　月　　日付けをもって従事する母体保護法指定医師が欠けましたので、届け出ます。

様式第11号（規程第７条の３第１項、同第２項、第17条第１項第１号関係）

指定医師指定事項変更届

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所在地

TEL　　　（　　　　）

医療施設名

指定医師指定番号　022－　　　－　　　－

届出者氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　年　　月　　日母体保護法第14条に定める指定医師の指定を受けましたが、

　　　１．従事施設　　　２．医籍登録番号　　　３．氏名

４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　（該当事由に○を記入）

について変更が生じたので、下記書類を添えて届け出ます。

記

　・旧指定証書 　 １通

　・変更事由１の場合、医療施設の設備指定申請書（様式第７号）及び医療施設の平面見取図を添えて届け出ること。

　　ただし、従事する医療施設が既に設備指定を受けている場合は、これを省略することができる。

　・変更日及び変更理由をご記入ください。

|  |
| --- |
| 【変 更 日】　　　　　年　　　　月　　　　日  【変更理由】 |

様式第12号（規程第８条、第16条第１項第４号関係）

指定医師指定更新申請書

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所　在　地

医療施設名

設備指定番号　022－　　　－

指定医師指定番号　022－　　 － 　　－

氏　　　名　　　　　　　　　 　　㊞

　　　　　年　　月　　日母体保護法第14条に定める指定医師の指定を受けましたが、指定の更新を受けたく、下記書類に指定審査料（会員：８,０００円、非会員：３０，０００円）也を添えて申請します。

記

１．法令違反等

　（１）医事に関する法規違反　 （　有　・　無　）

（２）過去５年以内に禁固もしくは懲役以上の刑に処された事実　（　有　・　無　）

　　　　＊必要事項を○で囲んでください。

２．医師会・学会の入会状況等

　　　　　　　　（　会員　・　非会員　）

　　　　静岡県医師会　　 　（　会員　・　非会員　）

　　　　静岡県産婦人科医会　　（　会員　・　非会員　）

　　　　静岡産科婦人科学会　　（　会員　・　非会員　）

　　　　＊必要事項を○で囲んでください。

３．添付書類

　（１）遵守事項誓約書（様式第５号）

（２）次の研修の受講を証明するもの。なお、開催日が次回更新日から過去２年以内のものとする。

ア　母体保護法指定医師研修会参加記録又は参加証

イ　日本産婦人科医会研修参加記録６単位（参加証６枚）相当。（日本医師会生涯教育講座、都道府県医師会研修会、日本産科婦人科学会研修等の受講を勘案するも、産婦人科領域の内容とする。）

様式第13号（規程第８条関係）

指定医師指定更新辞退届

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

所　在　地

医療施設名

設備指定番号　022－　　　－

指定医師指定番号　022－　　 － 　　－

氏　　　名　　　　　　　　　 　　㊞

指定医師の更新を辞退いたしたく、ここに届け出ます。

※更新辞退に伴い、設備指定を受けた医療施設において従事する指定医師が欠員（０人）になった場合、その施設の長は医療施設の設備指定に関する指定医師の欠員届（様式第10号）を合わせて提出すること。

※指定証書及び母体保護法指定医師標識をあわせて返納すること。紛失した場合は紛失届（様式第22号）を提出すること。

様式第14号（規程第14条第１項関係）

研修機関認定申請書

　　年　　月　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

　　　　　TEL　　　　（　　　　）

　 　　　 　代表者氏名　　　 　　　　　　　　　　　 ㊞

研修機関の認定を受けたく申請します。

記

１．入院設備(全体)　　　　　（　　　　　　　　　床　）

２．産婦人科施設

分娩室　　 （　　有　　・　　無　　）

手術室　　 （　　有　　・　　無　　）

回復室　　 （　　有　　・　　無　　）

３．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　　）

４．緊急手術への対応　　　　　（　　可　　・　　否　　）

５．主任指導医　　　　　（　 在　　・　 不在 ）

６．産婦人科従事者数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 母体保護法指定医師 | 看護師 | 助産師 |
| 人 | 人 | 人 |

７．症例実施件数（前３年の平均数）

|  |  |
| --- | --- |
| 開腹手術 | 分娩数 |
| 件 | 件 |

※１　必要事項を記入するか、○で囲んでください。

　　※２　該当する医療施設の平面見取図を添付してください。

　　 ※３　単独で研修機関の要件を充たさない場合は、研修機関にかかる連携施設登録届出書（様式第15号）を添付してください。

様式第15号（規程第14条第１項第３号、同第３項関係）

研修機関にかかる連携施設登録届出書

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人静岡県医師会長 　様

【医育機関もしくは要件を充たす研修機関】

所在地

医療施設名

代表者名 　　　　　　　　　　 　㊞

　下記の医療施設を本施設の連携施設として登録願いたく、届け出ます。

記

【申請者】

　　　医療施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※　申請者の医療施設が審査規程第14条の要件を充たさない場合には必ず届け出ること。

様式第16号（規程第14条第３項関係）

研修機関にかかる欠格事由届

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長　様

　　　　　TEL　　　　（　　　　）

　 　　　 　代表者氏名　　　 　　　　　　　　　　　 ㊞

一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第14条第１項に定める母体保護法指定医師研修機関の認定を受けていましたが、要件に変更が生じ、単独では研修機関の要件が欠けましたので、単独で要件を充たす研修機関の研修機関にかかる連携施設登録届出書（様式第15号）を添付し、ここに届け出ます。

変更年月日（　　　　　年　　　　月　　　　日）

【欠格事由】※欠格事項を○で囲んでください。

１．入　院　設　備　　　 　 （　 無床 　）

２．産婦人科施設

分　　 娩 　　室　　（　　無　　）

手 術 室　　（　　無　　）

回 復 室　　（　　無　　）

３．産婦人科設備

手 術 台　　（　　無　　）

麻 酔 器　　（　　無　　）

蘇 生 器 具　　（　　無　　）

呼吸心拍監視装置　　（　　無　　）

４．緊急手術への対応　　　　　（　　否　　）

５．主 任 指 導 医 　　　 （　 不在 ）

６．母体保護法指定医師数　　（ ２人未満 ）

７．症例実施件数　　　　　　（開腹手術：50例未満、分娩数120例未満）

様式第17号（規程第14条第５項関係）

研修機関辞退届

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長　様

　　　　　TEL　　　　（　　　　）

　 　　　 　代表者氏名　　　 　　　　　　　　　　　 ㊞

当施設は、一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第14条第１項に定める母体保護法指定医師研修機関の認定を受けていましたが、下記の理由により認定を辞退いたしたく、ここに届け出ます。

記

辞退年月日（　　　　　年　　　　月　　　　日）

※辞退理由に○を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入欄 | 辞 退 理 由 |
|  | 開腹手術50例以上（腹腔鏡手術を含める。）を充たさない |
|  | 分娩数120例以上を充たさない |
|  | 母体保護法指定医師資格者2名以上を充たさない |
|  | 緊急手術への対応が不可 |
|  | 主任指導医（原則、産婦人科専門医）が不在 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

様式第18号（規程第15条第１項関係）

答　　申

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

　　　　　　　一般社団法人 静岡県医師会

母体保護法指定医師審査委員会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 委員長 ㊞

　　　年　月　日付け静医発第　　号をもって諮問のありました、母体保護法指定医師申請者（　　　　　　　　）の指定に関し、下記のとおり答申いたします。

記

１．　適

２．　否

（理　由）

様式第19号（規程第15条第２項関係）

意　　見　　書

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長 様

　　　　　　　一般社団法人 静岡県医師会

母体保護法指定医師審査委員会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 委員長 ㊞

　　　年　月　日付け静医発第　　号をもって諮問のありました、母体保護法指定医師申請者（　　　　　　）の指定に関する意見は下記のとおりであります。

記

１．　適

２．　否

（理　由）

様式第20号（表）（規程第15条第４項関係）

第022-　　-　　-　 号

指　定　証　書

所　在　地

医療施設名

(設備指定番号：022-　　-　　)

氏　　　名

　母体保護法（昭和23年法律156号）第14条に基づき上記の者を母体保護法指定医師として指定する。

　なお、指定期間は　　年　　月　　日から　　年　　月　　日までとする。

　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人 静岡県医師会会長

様式第20号　（裏）

注　意　事　項

１．表記の医療施設における診療を離れたときは本指定は効力を失います。

２．下記について変更が生じときは指定設備変更申請が必要です。

　　　　　　　 ①施設移転

②病院⇔診療所

③施設内の設備

　 ④施設名称

　 ⑤個人⇔法人

　　　　　　　 ⑥施設住居表示

３．下記について変更が生じときは指定医師指定事項変更届が必要です。

　　　　　　　 ①従事施設

②医籍登録番号

③氏名

遵　守　事　項

１．人工妊娠中絶手術の適応を厳守すること。

２．中絶手術及び不妊手術の届出の正確を期すること。

３．診療内容は産婦人科医療を主体とすること。

４．医師会及び産婦人科専門団体の行う研修を受講すること。

５．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、往診先又は他の施設において行わないこと。

６．必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。

一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程施行細則

（人工妊娠中絶実施後の届出）

第9条　書類の届出は、翌月10日までに静岡県知事に届け出ること。

(1) 人工妊娠中絶を行った医師は、その月中の手術の実施報告票を各自で記載すること。なお、人工妊娠中絶の実施件数が0件の場合も必ず報告すること。

(2) 複数の指定医師がいる施設では、責任者が各自の実施報告票をとりまとめ届けること。

様式第21号（規程第17条第１項第４号関係）

指定医師辞退届

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長　様

指定医師氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

母体保護法指定医師を辞退いたしたく、ここに届け出ます。

辞退年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日

所在地

医療施設名

設備指定番号（０２２－　　　－　　　　）

指定医師指定番号（０２２－　　　－　　　－　　　　）

死亡による辞退の場合、届出人氏名と故人との続柄を記入してください。

届出者氏名：　　　　　　　　　　　㊞　　　続柄：

※辞退に伴い、設備指定を受けた医療施設において従事する指定医師が欠員（０人）になった場合、その施設の長は医療施設の設備指定に関する指定医師の欠員届（様式第１０号）を合わせて提出すること。

※指定証書及び母体保護法指定医師標識をあわせて返納すること。紛失した場合は紛失届（様式第22号）を提出すること。

様式第22号

紛　失　届

　　　年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長　様

所　在　地

医療施設名

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、母体保護法第14条に定める指定医師の指定を受けましたが、一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師審査規程第15条第４項により交付された、

１．指定証書　　　　　　　２．母体保護法指定医師標識

を紛失したので、届け出ます。

なお、今後発見したときは、ただちに返納いたします。

様式第23号

一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師

指定歴証明依頼書

年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、静岡県において母体保護法第14条に定める指定医師の指定を受けておりました。このたび、下記の理由により、母体保護法指定医師指定歴の証明を依頼いたします。

１．理 由

２．所属していた医療施設名

医療施設名

様式第24号

一般社団法人静岡県医師会母体保護法指定医師

指定証書再発行依頼書

年　　　月　　　日

一般社団法人 静岡県医師会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　施設所在地

　医療施設名

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、母体保護法第14条に定める指定医師の指定を受けましたが、下記の理由により、母体保護法指定医師指定証書の再発行を依頼いたします。

【再発行の理由】