（様式４）

指　導　証　明　書

年　　月　　日

都道府県医師会長　殿

所　在　地
指導施設名
施設管理者氏名　　印
主任指導医氏名　　印

氏　　名　の実地指導について下記証明する。

記

１．都道府県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　　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　　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年以上受けたもの又は産婦人科専門医の資格を有するもので、指定医師研修機関又は指定医師研修連携施設において、研修期間中に１０例以上の人工妊娠中絶手術又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。

（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。