女性ヘルスケア専門医制度による施設内容証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名称 |  | 所在地 | 〒 |
| 医師の状況 | 1）常勤産婦人科医師数　　　　　名　うち産婦人科専門医　　　　名 | | |
| 2）常勤女性ヘルスケア専門医数　　　　　　名 ※下記リストを記載すること | | |
| 施設の状況 | 3）産婦人科専門医研修施設の認定　※該当する部分に○  　　　　日本産婦人科学会総合型専攻医指導施設認定　（　有　・　無　）  　　　　産婦人科専門研修プログラム基幹施設認定　　（　有　・　無　）  　　　　産婦人科専門研修プログラム連携施設認定　　（　有　・　無　） | | |

※施設に在籍している女性ヘルスケア専門医のリスト（必要に応じて枠を追加してください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 専門医番号 | 指導医の場合は○印 | 暫定指導医の場合は○印 | 常勤の場合は○印 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

注意）記入は、PC、黒インクまたは黒ボールペンを記入し、楷書で記入してください

以上の記載に相違ないことを認めます。　　　　　　　　 西暦 年　　　　　月　　　　日

施設長氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

診療科長氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　印

指導責任者（指導医または暫定指導医）氏名　 　　　　　　　　　　　　　　　　印