

令和 年 月 日

殿

就業場所異動

母体保護法指定医師 ・ 申請書類の送付について
設備変更

先般、貴殿よりご依頼のありました上記申請書をお送り致します。

提出書類は下記のとおりとなっておりますので、所属地区医師会を經由して、
沖縄県医師会事務局（〒901-1105 沖縄県島尻郡南風原町字新川 218-9
TEL 098-888-0087）迄ご提出下さい。

また、申請料については5,000円となりますので、下記口座へお振込下さい
ますようお願い致します。

記

【申請に必要な書類】

1. 別紙申請書
2. 申請料振込用紙の写し
3. 母体保護法指定医師指定書の写し

【申請手数料の振込先】

沖縄銀行 南風原支店 （普）1857315

【口座名義】 一般社団法人沖縄県医師会 常任理事 玉城研太郎（たまき けんたろう）

【お問い合わせ】 沖縄県医師会事務局

沖縄県島尻郡南風原町字新川 218-9

TEL 098-888-0087 FAX 098-888-0089

(様式2)

意見書

年 月 日

沖縄県医師会長 殿

所属医師会又は病院名

会長又は病院長

印

下記の母体保護法指定医師申請者は指定医師として適格です。

1) 申請者氏名	所在地： 医療施設名： 氏 名：
2) 人 格	
3) 技能・履歴	
4) 設 備	

※法人印を押印のうえ、ご提出ください

(様式 8)

就業場所の異動又は設備変更による

申 請 書

年 月 日

沖 縄 県 医 師 会 長 殿

申請者氏名

印

下記のとおり就業場所の異動又は設備変更をいたしましたので、再指定されたく申請いたします。

1. 047- - - 号	指定年月日	令和 年 月 日
2. 変更前に 関する事項	1) 名 称	TEL
	2) 就業場所	〒
	3) 現 住 所	〒
	4) 診療科目	
3. 変更後に 関する事項	1) 名 称	TEL
	2) 就業場所	〒
	3) 現 住 所	〒
	4) 診療科目	
4. 所轄保健所名		

(様式第6の2)

病院・診療所平面図

(手術室、診療室、病室、住居等はメートル法により広さを図示のこと)
設備変更の場合増改築の箇所を明示のこと。

(様式6の3)

診察室・入院室（1床）・手術室平面図

（手術室、診療室、病室、住居等はメートル法により広さを図示のこと）
設備変更の場合増改築の箇所を明示のこと。