

# 日本医師会 医師資格証 発行申請書(新規・更新)

\*印は記入必須項目です。

① 申請日	年 月 日	※更新の場合は、お手持ちの医師資格証のカードIDを必ずご記入ください。													
申請区分*	<input type="checkbox"/> A. 新規発行 <input type="checkbox"/> B. 更新発行	更新の場合は、カードIDを記入		カードID	JMA										

② 申請者登録情報																旧字、異字体などは、JIS2004文字に置き換えることがあります。															
氏名(本名・現姓)*		フリガナ*		セイ		メイ				通称名・旧姓の使用																					
フリガナをへボン式ローマ字に変換して資格証に記載します		漢字*		姓		名				使用の場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 要⑥項の記載																					
生年月日*		明治 大正 昭和 平成 年 月 日				性別*		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		所属医師会名* (所属無しは「なし」と記入)																					
住所*		〒														(都道府県医師会名)															
住民票に記載住所																(郡市区等医師会)															
医籍登録番号*		第 号				医籍登録年月日*		明治 大正 昭和 平成 年 月 日																							
日医会員ID*		<input type="checkbox"/> 日医会員(会員ID記入必須) ..... <input type="checkbox"/> 日医会員(申込み3ヶ月以内で会員ID不明の場合、記入不要) <input type="checkbox"/> 日医非会員(会員ID記入不要)				日医会員番号(会員ID)*																									
医師資格証暗証番号*		カードを利用するための暗証番号です。任意の数字4桁を記入ください。暗証番号は、忘れないようご注意ください。										暗証番号*		暗証番号は、「0000」や「生年月日」などを使わないように願います。																	

③ 申請者勤務先																写真貼付欄*			
医療機関名*		フリガナ														正面、無背景、6ヶ月以内撮影のもの。証明書顔写真としての品質に不足する場合は、受付できないことがあります。 はがれないよう、しっかり パスポートサイズ 35mm×45mm			
名称																			
医療機関住所*		〒 (ビル名など) (所属・診療科など)																	
医療機関情報*		医療機関コード		電話*				設立形態* <input type="checkbox"/> 法人組織 <input type="checkbox"/> 個人事業者 <input type="checkbox"/> 中央官庁/地方公共団体の組織 (該当ない時は、近いものを選択)											
種別*		<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他																	

④ 連絡先																本申請書に関する連絡、医師資格証の使用期限切れのお知らせ等の連絡先に <input checked="" type="checkbox"/> してください。			
連絡先電話番号*																			
連絡先住所*		<input type="checkbox"/> 住民票に記載住所(②と同じ) <input type="checkbox"/> 勤務先住所(③と同じ) <input type="checkbox"/> その他の住所を下記に記載																	
その他の住所(右に記載)		〒 (ビル名・所属・診療科など)																	
メールアドレス		重要なお知らせ等で使います。				@													

⑤ 医師資格証の受取場所* 医師資格証の受取希望場所を選択。															
以下のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> して、地域の医師会の場合は医師会名を記入してください。															
ご希望の受取場所		<input type="checkbox"/> 地域の医師会 (医師会名を記入してください。)										<input type="checkbox"/> 日医電子認証センター(日医会館近く) 〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 文京グリーンコート17F 公益社団法人日本医師会電子認証センター			

地域によって受取ができない医師会があります。ご希望の医師会が受取可能かご確認の上でご記入ください。

⑥ その他の事項(該当する方のみ記載ください。) 該当する方は、下のいずれかを <input checked="" type="checkbox"/> し、必要事項を記入してください。															
医師資格証の券面に、		左に <input checked="" type="checkbox"/> した方は、通称名または旧姓名を記入		フリガナ		セイ		メイ							
<input type="checkbox"/> 本名に加えて通称名の記載を希望する		通称名または旧姓名		姓		名									
<input type="checkbox"/> 現姓名に加えて旧姓の記載を希望する (医師免許証に旧姓を使用している方)															

私は以下の内容を確認し、日本医師会電子認証センターに医師資格証の発行を申し込みます。

・『日本医師会認証局運用規程(CPS)』および『日本医師会医師資格証利用規約』に同意します。

・日本医師会医療認証基盤サービスに利用者登録されることに同意します。

・顔写真、氏名、生年月日、医籍登録番号、日医会員の場合に日医会員番号(非会員の場合は非会員と記載)が、医師資格証の券面に記載されることに同意します。

・通称名使用者は本名と通称名の両方が、旧姓使用者は現姓名と旧姓の両方が郵便物の宛名人になります。

申請者氏名\*  
(自署)  
(本名・現姓)