

# 新規と更新の記入例

## 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。

② 申請区分\*  A. 新規発行  B. 更新発行 更新の場合は、カードIDを記入

③ カードID JMA

④ 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  使用の場合のみ  要⑥項の記載

漢字\* 姓 名

⑤ 生年月日\* 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 性別\*  男  女 所属医師会名\* (所属無しは「なし」と記入)

⑥ 住所\* 住民票に記載住所 〒 (都道府県医師会) (都市区等医師会)

⑤ 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

⑥ 日医会員ID\*  日医会員(会員ID記入必須)  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)  日医非会員(会員ID記入不要) 日医会員番号(会員ID)\*

⑦ 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

医療機関名\* フリガナ 名称

⑨ 医療機関住所\* 〒 (ビル名など) (所属・診療科など)

⑧ 医療機関情報\* 医療機関コード 電話\* 設立形態\*  法人組織  個人事業者  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\*  診療所  有床診療所  病院  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  してください。

⑩ 連絡先電話番号\*

⑩ 連絡先住所\*  住民票に記載住所(②と同じ)  勤務先住所(③と同じ)  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)

⑩ 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。以下のいずれかにして、地域医師会の場合は医師会名を記入してください。

⑪ ご希望の受取場所  地域医師会 (医師会名を記入してください)  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、下のいずれかをし、必要事項を記入してください。

⑫ 医師資格証の券面に、 本名に加えて通称名の記載を希望する  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)

左に記した方は、通称名または旧姓名を記入

フリガナ セイ メイ 通称名または旧姓名 姓 名

⑬ 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人になります。

⑭ 申請者氏名\* (自署) (本名・現姓) 以下の枠内に申請者氏名を自署してください。

- 1 新規申込/更新申込を選択してください。
- 2 住民票から「姓名」、「生年月日」、「性別」、「住民票住所」を正確に転記してください。
- 3 医師資格証に本名・現姓に加えて「通称名・旧姓」の印刷を希望される方は、してください。  
※通称名は住民票に記載されているもののみ、旧姓は医師免許証に記載されている旧姓のみです。
- 4 所属郡市区医師会、所属都道府県医師会を記入してください。医師会に所属していない方は、「なし」と記入してください。
- 5 医師免許証から「医籍登録番号」と「登録年月日」を正確に転記してください。
- 6 日医会員または非会員をしてください。  
会員の場合は、会員番号を記入してください。
- 7 医師資格証を利用する暗証番号(パスワード)を記入してください。
- 8 パスポート規格の写真を貼り付けてください。(カラー、モノクロのいずれも可)
- 9 勤務先を記入してください。複数の方は代表的なものを記入してください。勤務されていない方は、「なし」と記入してください。
- 10 医師資格証に関するお知らせに使用します。記入してください。

11 医師資格証の受取希望場所を選択(記入)してください。地域によっては取り扱いが始まっていないことがあります、その場合は、受取できる近隣医師会をお知らせします。

13 同意事項です。ご確認ください。

12 (該当する方のみ) 本名・現姓に加えて通称名・旧姓を医師資格証に印刷する方は、通称名、旧姓名を記入してください。

14 申請者の氏名を自署してください。自署の訂正は受け付けられません。