

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

| | | |
|---------|---|-----|
| 医療機関名* | フリガナ | |
| | 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 | |

写真貼付欄*

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

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。

| | |
|--------------|--|
| 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 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 し、必要事項を記入してください。

| | | | |
|---|---|----|----|
| 医師資格証の券面に、 | 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 <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) | 左に <input checked="" type="checkbox"/> した方は、通称名または旧姓名を記入 通称名または旧姓名 | 姓 | 名 |

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。

以下の枠内に申請者氏名を自署してください。

申請者氏名*
(自署)
(本名・現姓)