

日本医師会 医師資格証発行申請書 記入例

記入例は、申請者(日医太郎)、住民票住所(東京都)、日本医師会会員、勤務先(茨城県)、日常の連絡先(横浜市)、医師資格証の受取住所(横浜市)の例で記載しています。

*印の項目は記入必須項目ですので、もれなく記入してください。

記入例は赤い文字で示していますが、黒い文字で記入してください。

1 新規の発行申請の方はA.「新規発行」に✓、更新発行の方はB.「更新発行」に✓してください。

2 「姓名」、「生年月日」、「性別」、「住民票の住所」を、住民票から転記してください。「姓名」欄はカード券面に印刷される氏名になります。(旧姓を印刷する方は旧姓を、通称名を印刷する方は通称名を記入)
記入間違い等は、消し線で修正してください。

3 「医籍登録番号」、「医籍登録年月日」を記入してください。

4 日医会員と非会員では年会費が異なりますので、日医会員の方は必ず会員IDを記入してください。
・日医会員に✓した方は、必ず会員IDを記入してください。
・日医会員に申込み済で、まだ会員IDの連絡が来ていない方は、「日医会員(申込み3ヶ月以内)」に✓してください。3ヶ月以内でも、会員IDをお持ちの方は、「日医会員」に✓して会員IDを記入してください。
・非会員に✓した方は、会員IDを記入しないでください。
※日医会員になって3ヶ月以内で会員IDをお持ちでない方は、認証局の会員ID確認に時間がかかるため、通常の発行より1か月くらい遅くなることがあります。

5 ICカードに格納された電子証明書を利用するための暗証番号です。第三者に知られないようご注意ください。生年月日、電話番号、連続する4桁などの数字は使用しないでください。

6 申請者の勤務先等を記入してください。複数の勤務先がある場合は、主要なものを1つ記入してください。医療機関コードは、必須ではありません。

7 医師資格証に記載される顔写真です。パスポート規格の写真にしてください。しっかりと糊付してください。カラー、モノクロのいずれでも結構です。

8 連絡先電話番号を記入してください。
連絡先住所が、住民票住所、勤務先住所以外の方は、その住所を記入してください。
メールアドレスをお持ちでない方を除いて、メールアドレスを記入してください。

9 ■医師資格証の送り先を指定✓してください。✓した場所に、申請者宛てに本人限定受取郵便(特例型)(※)で、医師資格証が届きます。
(※)本人限定受取郵便(特例型)は、最寄りの郵便局から到着の連絡が届きます。宛先住所で受取るか、郵便局で受取るかのいずれかになります。いずれの場合も、受取人(本人)が身分証明書を提示する必要があります。10日以内の受け取りが必須です。
■本人限定受取郵便(特例型)は、配達前の連絡で「最寄りの郵便局で受け取る」あるいは「配達を希望」を選択できます。勤務先あるいは自宅等の事情で受け取りが難しい場合は、「郵便局で受け取る」の選択をすると便利です。

10 申請者の氏名を自署してください。自署の訂正は受付できません。
(旧姓を使う方であっても現姓を、通称名を使う方であっても本名を自署)

日本医師会 医師資格証 発行申請書		地域受付審査局名	
*印は記入必須項目です。		・・・県医師会	
① 申請日	2014 年 2 月 8 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。	
① 申請区分*	☒ A. 新規発行 ☐ B. 更新発行	カードID	JMA 新 規 発 行 は 記 入 不 要
② 申請者登録情報			
氏名*	フリガナ* セイ ニ チ イ メイ タ ロ ウ 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 日 医 名 太 郎	
② 生年月日*	明治 大正 昭和 平成 35 年 4 月 1 日	性別*	☒ 男 ☐ 女
③ 住所*	〒 112-0011 東京都 XXXX区XXX1丁目1番1号 XXビル XXX号		
③ 医籍登録番号*	第 記入必須 号	医籍登録年月日*	明治 大正 昭和 平成 50 年 10 月 30 日
④ 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)* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 9	
⑤ 医師資格証暗証番号	カードを利用する暗証番号です。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* 記入必須
③ 申請者勤務先		⑦ 写真貼付欄*	
医療機関名*	フリガナ ミ ト エ ヌ エ ム ビ ョ ウ イン 名称 水 戸 N M 病 院	無背景、パスポート用写真と同じ規格 はがれないよう、しっかりと貼り付けしてください。 パスポートサイズ 35mm×45mm	
⑥ 医療機関住所*	〒 301-XXXX 茨城県XX市XXX町XXX番 (ビル名など) 水戸XXXセンター (所属・診療科など) 内科		
医療機関コード	医療機関コード		
医療機関情報*	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 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、電子証明書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*	XXX-XXX-XXXX	連絡先FAX番号	XXX-XXX-XXXX
⑧ 連絡先住所*	☐ 住民票記載住所(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 (ビル名・所属・診療科など)		
その他の住所(右に記載)	〒 226-XXXX 横浜市XXX区XXXXX 1-2-3		
メールアドレス	重要なお知らせ等で使います。 nichitaro @ XXXXX.XXX.XX.XX		
⑤ 医師資格証の送り先* 受取希望場所を、下のいずれかから選んで✓してください。			
⑨ ☐ 住民票記載住所(②) ☐ 勤務先住所(③) ☒ その他の住所(④) に送ってください。			
※ 本人限定受取郵便(特例型)での配達となります。受取場所は「最寄りの郵便局窓口」または「ご本人宛に配達」となります。			
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。			
⑩ 申請者氏名*(自署)		日医太郎	