

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)* フリガナをへボン式ローマ字に変換して資格証に記載します	フリガナ*	セイ		メイ		通称名・旧姓の使用	
	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* 住民票に記載住所	〒					(都道府県医師会名)	
						(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、しっかりと貼り付けしてください。

**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。

<input type="checkbox"/> 住民票記載住所(②) <input type="checkbox"/> 勤務先住所(③) <input type="checkbox"/> 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「本人宛に配達」となります。

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、	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 <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)		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。

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。