

# 日本医師会 医師資格証 発行申請書(新規)

\*印は必須項目です。

① 申請日  年  月  日

旧字、異体字などは、JIS2004文字に置き換えることがあります。

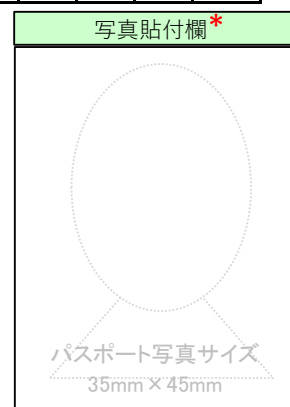
② 申請者登録情報 ローマ字表記は希望がある場合のみご記入ください。記載がない場合へボン式にて表記します。

氏名 (本名・現姓)*	ローマ字	Sei	Mei				
	フリガナ*	セイ	メイ				
	漢字*	姓	名				
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* (所属なしは「なし」と記入)
住所* 住民票に記載の住所	〒					<input type="checkbox"/> (都道府県医師会名) <input type="checkbox"/> (市区町村医師会)	
医籍登録番号*	第	号	医籍登録年月日*	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
日医会員ID*	<input type="checkbox"/> 1. 日医会員 ..... <input type="checkbox"/> 2. 申し込み3ヶ月以内の新規日医会員(右「会員ID」記入不要) <input type="checkbox"/> 3. 日医非会員			日医会員番号(会員ID)* 左で1の場合記入			

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桁をご記入ください。 暗証番号は、忘れないようご注意ください。 暗証番号は、「0000」や「生年月日」などを使わないように願います。	暗証番号*	写真貼付欄*
----------------	--	-------	--------

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 (該当がない時は、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	



・6ヵ月以内に撮影された写真を貼付してください。  
 ・品質はパスポート申請用写真の規格に準じるものとします。  
 ・品質に不足がある場合は、受付できないことがあります。

④ 連絡先 本申請書や医師資格証に係る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 地域によって受け取りができない医師会があります。ご希望の医師会が受け取り可能かご確認の上でご記入ください。

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 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 公益社団法人日本医師会電子認証センター

⑥ その他の事項(該当者のみ記載)

通称名の併記希望は、住民票に記載された通称名のみ可能です。  
 旧姓の併記希望は、旧姓の分る戸籍(抄)謄本または旧姓も記載された住民票を添付してください。  
 ローマ字表記は希望がある場合のみご記入ください。記載がない場合へボン式にて表記します。

通称名または旧姓名の併記	医師資格証の券面に、	ローマ字	Sei	Mei
	<input type="checkbox"/> 本名に加えて通称名の記載を希望する	フリガナ	セイ	メイ
	<input type="checkbox"/> 現姓に加えて旧姓の記載を希望する	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。

- ・日本医師会電子認証センターホームページに掲載の『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楷書で自署してください。

申請者氏名\*  
(自署)  
(本名・現姓)