

# 医師資格証発行申請書(新規)の記入例

- 発行申請書(新規)に添付して提出が必要な書類(以下の3点)
- (1) 医師免許証のコピー(裏面に記載がある場合は裏面も)
  - (2) 住民票の写し
  - (3) 身分証のコピー 次の内のいずれか1点
    - ・日本国旅券(有効期間内のもの)
    - ・運転免許証(有効期間内のもの)または運転経歴証明書(平成24年4月1日以降発行のもの)
    - ・マイナンバーカード【個人番号カード】(有効期間内のもの)
    - ・住民基本台帳カード(有効期間内のもの)
    - ・官公庁発行職員身分証(写真付、張替防止措置済のもの)
    - ・その他認証局が認めるもの

新規発行は、初めて医師資格証の申請をするものです。申請は、いつでもできます。  
(過去に医師資格証を発行された方、医師資格証を更新する方、発行済医師資格証の内容変更をする方は、更新申請または再発行申請をしてください。)

## 記入例

### 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	2017 年 8 月 1 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。 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。			
① 氏名 (本名・現姓)*	ローマ字	Sei	Mei
	フリガナ* 漢字*	セイ 姓	メイ 名
ニチイ 日医		タロウ 太郎	
② 生年月日*	明治 大正 昭和 平成 30 年 1 月 15 日	性別*	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
③ 住所*	〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8		
所属医師会名*(所属なしは「なし」と記入) <input type="checkbox"/> (都道府県医師会名) <input type="radio"/> 〇〇県医師会 <input type="checkbox"/> (市区町村医師会) <input type="radio"/> 〇〇市医師会			
④ 医籍登録番号*	第 1234567 号	医籍登録年月日*	明治 大正 昭和 平成 56 年 3 月 30 日
⑤ 日医会員ID*	<input checked="" 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		
⑥ 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。 暗証番号は、「0000」や「生年月日」などを使わないように願います。		
⑦ 暗証番号*	2 1 5 8		
⑧ 申請者勤務先	フリガナ: ニチイイン 名称: 日医医院 〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 (ビル名など) (所属・診療科など) 〇〇ビル 内科 医療機関コード: 1 2 3 4 5 6 7 電話*: 03-XXXX-XXXX 設立形態*: <input checked="" 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 種別*: <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他		
⑨ 連絡先	連絡先電話番号*: 03-XXXX-XXXX 連絡先住所*: <input type="checkbox"/> 住民票に記載住所(②と同じ) <input checked="" 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用します。 toiwase @ jmaca.med.or.jp		
⑩ 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☑してください。地域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*	<input checked="" type="checkbox"/> 地域の医師会 <input type="checkbox"/> 〇〇市医師会 <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		
⑫ その他の事項(該当者のみ記載)	通称名の併記は、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。		
⑬ 通称名または旧姓名の併記	医師資格証の券面に、 <input type="checkbox"/> 本名に加えて通称名の記載を希望する <input type="checkbox"/> 現姓に加えて旧姓の記載を希望する		
⑭ 申請者氏名*(自署)(本名・現姓)	日医太郎 Ver.4.10 C-PRAI-GA01-006		

- 氏名をカタカナ、漢字で記入してください。ローマ字は、原則として認証局で自動的にフリガナをへボン式ローマ字に置き換えます。特にご希望のローマ字表記がある場合のみ申請者に記入願います。(姓名を表さないもの、誤解を生じる恐れがあるもの等、お引き受けできない場合があります。)
- 「生年月日」、「性別」、「住民票住所」を正確に転記してください。
- 所属都道府県医師会、所属市区町村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。
- 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。
- 日医会員、新規会員または非会員に☑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。新規会員で会員番号が不明な場合は番号未記入で結構です。非会員は、番号記入不要。
- 新規発行する医師資格証の任意の暗証番号(パスワード、任意の数字4桁)を記入してください。
- 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) 無背景で鮮明なもの。
- 勤務先を記入してください。複数の場合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。
- 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。
- 医師資格証の受け取りを希望する場所を選択(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、受け取りできる近隣医師会をお知らせします。

- (該当する方のみ) 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印刷可能です。
- (該当する方のみ) 医師資格証に、本名に加えて通称名、現姓に加えて旧姓を印刷する方は、通称名または旧姓名を記入してください。旧姓の併記を希望の場合は、旧姓を確認できる公的書類(次の内の1点)を添付してください。  
 ・戸籍(抄)謄本 ・旧姓も記載された住民票
- 同意事項です。ご確認ください。
- 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。