

# 日本医師会 医師資格証 発行申請書(再発行)

\*印は記入必須項目です。

① 申請日	年 月 日	※不明の場合を除き、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* (再発行事由)	<input type="checkbox"/> C. 紛失 <input type="checkbox"/> E. 姓名変更 <input type="checkbox"/> D. 破損 <input type="checkbox"/> F. 日医会員/非会員変更	
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)* <small>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</small>	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* <small>(所属無しは「なし」と記入)</small>
住所* <small>住民票に記載住所</small>	〒			<small>(都道府県医師会名)</small> <small>(郡市区等医師会)</small>
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 <small>(該当ない時は、近いものを選択)</small>	
	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"/> 地域医師会 <small>(医師会名を記入してください。)</small>	<input type="checkbox"/> 日医電子認証センター(日医会館近く) <small>〒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</small>
----------	--	--

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 <small>(医師免許証に旧姓を使用している方)</small>	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

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)