

## 医師資格証 連絡先等変更申請書

私は、現在有効な日本医師会医師資格証の連絡先等の変更を申し込みます。  
・『日本医師会認証局運用規程(CPS)』及び『日本医師会医師資格証利用規約』に同意します。

必ず、医師資格証の表面のコピーを同封してください。

\*必須項目

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

カードID*	J	M	A																
--------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### ① 加入者情報

※外国人で英字等を使用する場合は、英字で記入

加入者氏名* (医師資格証券面の氏名)	漢字(自署)	姓		名	
医籍登録番号*	第		号	(ミドルネーム等、必要な場合はここに記入)	

### ② 連絡先情報 (変更がある場合のみ記載してください。)

連絡先住所	〒	都 道 府 県
	(組織名)	(部署名)
電話番号	-	-
メールアドレス		

連絡先情報は、医師資格証有効期限のお知らせ等の重要なお知らせに使用します。

FAX番号、メールアドレスについては、ご記入のない場合登録いたしません。

### ③ 住民票住所 (住民票の住所を変更する場合のみ記載してください。)

住民票の住所を変更する場合は、必ず新住所が記載されている【住民票】を同封してください。

住民票住所	〒	都 道 府 県
-------	---	------------

### ④ 勤務先情報 (変更がある場合のみ記載してください。)

医療機関名	フリガナ	
	名称	
医療機関住所	〒	都 道 府 県
	(ビル名など)	(組織名・所属・診療科など)
医療機関情報	電話番号	
	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
	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

### ◆ 電子認証センター使用欄

受付日付	
確認者* (氏名自署)	