【医師資格証】

## 医師資格証 紛失届

・日本医師会医師資格証を紛失したので、	『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』に同意し届出をします。			

・この届出により、医師資格証に格納された電子証明書が失効されることに同意します。

医師資格証のカードID カードIDが不明の場合は記載を省略可 カードID J M A	*必須項目				
カードID*  J M A  ※外国人で英文字等を使用する場合は、英文字等で記入  A  A  A  A  A  A  A  A  A  A  A  A  A	届出(申請)日	年	月日		
カードID*  J M A  ※外国人で英文字等を使用する場合は、英文字等で記入  A  A  A  A  A  A  A  A  A  A  A  A  A	医師資格証のカード	 iD カードIDが不	 明の場合は記載を省時	各可	
入者情報   ※外国人で英文字等を使用する場合は、英文字等で記入   名					
選字(自書) 姓 名 名	カードID*	JMA			
選字(自書) 姓 名 名					
	加人者情報		※外国人	で英文字等を使用する場合は、英文字等で	<u>『記人</u>
	加入者氏名*	海ウ(白粟) 歴		<b>4</b>	
Se	(医師資格証券面の氏名)	决于(日省) 姓		170	
###			(\$		
###	医籍登録番号*	第	号		
□ 盗難 □ 落とした、置き忘れ等の紛失 □ 不明 □ その他 □ (			-		
□ 盗難 □ 落とした、置き忘れ等の紛失 □ 不明 □ その他 □ (	紛失事中* ※	該当する紛失事由を	1つお選びださい		
マの他 (		<u></u>			
その他 (		を忘れ等の紛失			
(					
連絡先情報     電子認証センターから本届出に関するご連絡先       電話番号*     FAX番号       ペールアドレス     FAX番号					,
重絡先住所*					,
重絡先住所* (部署名) (和图名) (和图	連絡先情報 電子	認証センターからる	本届出に関するご連絡	先	
重子認証センター使用欄 受付日付 確認者*		〒	都道		
電話番号* FAX番号	`= <i>W + l</i> }== .		府県		
*ールアドレス  T 子認証センター使用欄  受付日付  確認者*	建裕尤任州*	(組織名)		(部署名)	
*ールアドレス  T 子認証センター使用欄  受付日付  確認者*					
*ールアドレス  T 子認証センター使用欄  受付日付  確認者*	### D.				
電子認証センター使用欄 受付日付 確認者*	電話番号*	_	-	FAX <del>番号</del>	-
電子認証センター使用欄 受付日付 確認者*					
受付日付 確認者*	メールアドレス				
受付日付 確認者*		<u> </u>			
受付日付 確認者*					
受付日付 確認者*					
受付日付 確認者*					
受付日付 確認者*					
受付日付 確認者*					
受付日付 確認者*					
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	電子認証センター使	用欄			
確認者*	受付日付				
	確認者*				

Ver.4.00

C-RREV-GA01-006