

医師資格証発行申請書(新規発行)の記入例 (医師資格証電子証明書サービス)

記入例

新規申請とは、医師資格証の発行を初めて申請する方のものです。

1 申請日を記入
西暦又は和暦いずれも可

2 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。ローマ字は、NICHII Taro と印刷されます。特にご希望のローマ字表記がある場合にのみ申請者にて記入願います。(姓を表さないもの、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。)

3 「生年月日」、「性別」、「住民票住所」を正確に転記してください。

4 所属都道府県医師会、所属市区等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。

5 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。不明な場合は未記入で結構です。

6 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。忘れないよう記憶しておいてください。

7 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。

8 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。

9 医師資格証に関するお知らせ、ご連絡に使用します。メールアドレスは、できるだけ記入してください。

10 「医師資格証」および「セカンド電子証明書」の設定用QR通知を、申請者ご自身が対面して受け取ります。受け取りを希望する場所を選択してください。

日本医師会 医師資格証 発行申請書(新規) (医師資格証電子証明書サービス)

*印は必須項目です。

1 申請日 2023 年 10 月 23 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。ローマ字表記は特に希望がある場合のみご記入ください。記入がない場合へボン式にて表記します。「o」などの長音記号や「-」ハイフンは使用できません。

2 申請者登録情報

氏名 (本名・現姓)*	ローマ字 フリガナ*	SEI セイ	Mei メイ	医師資格証カードには、左記の氏名 NICHII Taro と、印刷されます。
	漢字*	姓	名	
		日医	太郎	

3 生年月日* 大正(昭和) 平成 24 年 1 月 1 日 性別* 男 女

4 所属医師会名* (所属なしは「なし」と記入)

5 医籍登録番号* 第 123456 号 医籍登録年月日* (昭和) 平成 令和 62 年 1 月 1 日

6 日医会員ID* 1. 日医会員 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) 3. 日医非会員

7 暗証番号* 5 6 2 1

8 申請者勤務先 法人名がある場合は、法人名も記入してください。勤務先がない場合は、「なし」と記入下さい。

医療機関名*	フリガナ 名称	ニチイイン (医療機関名) 日医医院
医療機関住所*	〒 223-1234 ○○県△△市□□町10-3 (ビル名など)	○ビル5F (所属・診療科など) 内科
医療機関情報*	医療機関コード	電話* ××-××××-××××
	設立形態* <input type="checkbox"/> 法人 <input checked="" type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 中央官庁/地方公共団体/その他 (該当がない時は、近しいものを選択)	
	種別* <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> その他	

9 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。

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。

11 その他事項(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。ローマ字表記は特に希望がある場合のみご記入ください。記入がない場合へボン式にて表記します。「o」などの記号は使用できません。

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 checked="" type="checkbox"/> 現姓に加えて旧姓の記載を希望する	ローマ字フリガナ セイ	Mei メイ	ヤマダ 太郎
		通称名または旧姓		
		山田		

12 私は以下の内容を確認し、医師資格証およびセカンド電子証明書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『医師資格証電子証明書サービス利用規約』に同意します。
この情報は、日本医師会個人情報保護方針に則り取り扱います。
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になります。

13 申請者氏名*(自署)(本名・現姓) 日医 太郎

ICカードの部材不足が発生した場合等は、セカンド電子証明書を先に発行し、遅れて医師資格証を発行することがあります。詳細はホームページでご案内します。

Ver.5.04 C-PRAI-GA01-011

- 11 (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、✓して記入してください。
※通称名は住民票に記載されているもののみ可能です。
「通称名・旧姓」を証明する公的書類(戸籍(謄)抄本又は住民票、旧姓が記載されたマイナンバーカード、運転免許証など)の提出が必要です。
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にのみ申請者にて記入願います。(姓を表さないもの、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。)
- 12 同意事項です。ご確認ください。
- 13 最後に、申請氏名をご自身で署名してください。スタンプ、印刷は不可です。