

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 年 月 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	SEI	Mei
	フリガナ*	セイ	メイ
	漢字*	姓	名
生年月日*	大正 昭和 平成 年 月 日	性別*	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所*	〒		所属医師会名* (所属なしは「なし」と記入)
医籍登録番号*	第 号	医籍登録年月日*	昭和 平成 令和 年 月 日
日医会員ID*	日医会員番号(会員ID) 不明の場合は記入不要		
	<input 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		

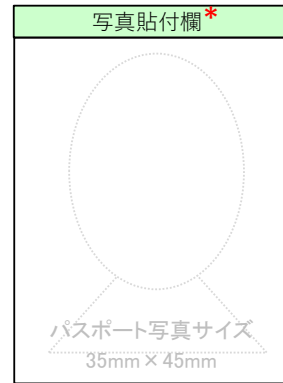
医師資格証カードのローマ字氏名は、(例)日医太郎 NICHII Taro と、印刷されます。

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桁をご記入ください。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。	暗証番号*	写真貼付欄*
------------	--	-------	--------

③ 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	(法人名)	(医療機関名)
	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 <input 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 type="checkbox"/> その他	



・6か月以内に撮影された写真を貼付してください。
・品質はパスポート申請用写真の規格に準じるものとします。
・品質に不足がある場合は、受付できないことがあります。

④ 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。

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	お持ちの方は、記入してください	@	

⑤ 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 <input checked="" type="checkbox"/> して、地域の医師会の場合は都道府県名と医師会名を記入してください。			
ご希望の受取場所*	<input type="checkbox"/> 地域の医師会 (都道府県名) (医師会名を記入してください。)	<input type="checkbox"/>	〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 公益社団法人 日本医師会 電子認証センター

⑥ その他の事項(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、	ローマ字	SEI	Mei
	<input type="checkbox"/> 本名に加えて通称名の記載を希望する	フリガナ	セイ	メイ
	<input type="checkbox"/> 現姓に加えて旧姓の記載を希望する	通称名または旧姓名	姓	名

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人になります。

申請者氏名*
(自署)
(本名・現姓)

以下の枠内に申請者氏名を楷書で自署してください。

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。