

# 日本医師会 医師資格証 発行申請書

地域受付審査局名

\*印は記入必須項目です。

① 申請日	年 月 日	※更新の場合は、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*	<input type="checkbox"/> A. 新規発行 <input type="checkbox"/> B. 更新発行	更新の場合は、カードIDを記入	カードID	JMA										

## ② 申請者登録情報

氏名*	フリガナ*	セイ		メイ						
	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	漢字*	姓	名						
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				
住所*	〒									
住民票記載住所										
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*						

## 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		
	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\*

写真裏面に申請者氏名と医籍登録番号を記入してください。

はがれないよう、しっかりと貼り付けてください。

パスポートサイズ  
35mm × 45mm

## ④ 連絡先

本申請書に関する連絡、電子証明書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FAX番号	
連絡先住所*	<input type="checkbox"/> 住民票記載住所(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用します。		@

## ⑤ 医師資格証の送り先\*

受取希望場所を、下のいずれかから選んで  してください。

住民票記載住所(②)  勤務先住所(③)  その他の住所(④) に送ってください。

※ 本人限定受取郵便(特例型)での配達となります。受取場所は「最寄りの郵便局窓口」または「本人宛に配達」となります。

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。

申請者氏名\*  
(自署)

C-RRAI-GA01-004

認証局使用欄

LRA確認印又はサイン RA確認印又はサイン