事前審査確認書（新規申請）

※LRA担当者は記載必須、LRA本審査担当者は必須としない。

備考：☐ 確認（✔）必須事項　☐ 選択確認（✔）事項

提出/確認書類（新規申請）

	発行申請書	住民票	身分証明書	医師免許証
本確認書は、申請者がLRA担当者に「新運用の発行申請書」で、旧運用の書類（住民票原本、身分証原本、医師免許証原本）を持参して、対面で受付する場合の様式である。	☐ 所定様式である	☐ 原本で疑義がない	☐ 原本で疑義がない	☐ 医師免許証のコピーである
	☐ 申請者氏名の自署あり	☐ 発行から6ヶ月以内	☐ 有効期限内	
			☐ 顔写真で本人確認	
確認した身分証			☐ パスポート ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード（個人番号カード） ☐ 官公庁発行身分証明書（写真付） ☐ その他身分証（名称　　）	
原本、コピーの取得	☐ 本紙を取得した	☐ 原本を取得した	☐ コピーを取得した	☐ コピーを取得した

医師資格証発行申請書（新規申請）

		発行申請書	住民票	身分証明書	医師免許証コピー
①申請区分		☐ 新規に記載あり			
②申請者登録情報	**姓名（フリガナ）**	☐ 記載あり			
	姓名（漢字）本名、現姓	☐ 記載あり	☐ 発行申請書と一致	☐ 発行申請書と一致	☐ 発行申請書と一致
	生年月日	☐ 記載あり	☐ 発行申請書と一致	身分証種類により「生年月日」、「性別」、「住所」表記が無い場合もあるため、この確認作業は省略	☐ 発行申請書と一致
	性別	☐ 記載あり	☐ 発行申請書と一致		
	住所	☐ 記載あり	☐ 発行申請書と一致		
	所属医師会名（都道府県及び群市区等）	☐ 記載あり			
	医籍登録番号	☐ 記載あり			☐ 発行申請書と一致
	医籍登録年月日	☐ 記載あり			☐ 発行申請書と一致
	日医会員区分記載	☐ 記載あり			
	日医会員ID	☐ 記載あり			
	暗証番号	☐ 記載あり			
	顔写真	☐ 申請者本人である		☐ 申請者本人である	
③申請者勤務先	**医療機関名**	☐ 名称記載あり			
		☐ 住所記載あり			
	医療機関情報	☐ 電話番号記載あり			
		☐ 設立形態記載あり			
		☐ 種別記載あり			
④連絡先情報		☐ 電話番号記載あり	☐ 住所選択あり	☐ その他住所記載あり	
~~⑤医師資格証の送付先~~		~~☐ 指定あり~~	※医師資格証の受取希望場所指定は不要になります。		
⑥通称名併記希望		☐ 希望ありの場合のみ→	☐ 住民票通称名と発行申請書通称名が一致		
⑦旧姓併記希望		☐ 希望ありの場合のみ→	☐ 戸籍謄（抄）本の旧姓と発行申請書旧姓が一致	左項又は ☐ 現姓の公的身分証（例：運転免許証）に書かれた旧姓と一致	

（旧姓の確認書類）
現姓・旧姓を確認できるもの。①戸籍謄（抄）本　②公的身分証（運転免許証、マイナンバーカード等）
③旧姓も記載された住民票等のいづれかで、現姓に加えて旧姓が記載されているもの。

☐	原本で疑義がない
☐	戸籍謄（抄）本の場合、発行から6ケ月以内 身分証の場合、有効期限内のもの

戸籍謄（抄）本の場合は原本を、身分証の場合はコピーをセンターに郵送

申請者より聴取してLRA担当者が記載

医師資格証の送り先（指定の送り先に本人限定受取郵便（特例型）で送付します。）

☐ 住民票住所	☐ 勤務先住所	☐ 連絡先住所	☐ その他の住所（下記に記載）
その他の住所を記入	〒		

申請者氏名（LRA担当者が記載）	先生

（メモ欄）

（所属医師会名称）

受付　　年　　月　　日

（氏名自署）
LRA担当者