

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				
	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。	<input type="checkbox"/> 所定様式である	<input type="checkbox"/> 原本で疑義がない	<input type="checkbox"/> 原本で疑義がない	<input type="checkbox"/> 原本である
	<input type="checkbox"/> 氏名の自署あり	<input type="checkbox"/> 発行から3か月以内	<input type="checkbox"/> 有効期限内	<input type="checkbox"/> 外形に問題がない
確認した身分証			<input type="checkbox"/> 顔写真で本人確認	<input type="checkbox"/> 透かしに問題がない
			<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真付) <input type="checkbox"/> 官公庁発行身分証明書(写真付)	<small>医師免許証コピー提示の場合</small> <input type="checkbox"/> 医師免許証コピーである <input type="checkbox"/> 余白に実印あり <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書あり <input type="checkbox"/> 裏面に記載あり。(裏面コピー添付)
コピーの取得			<input type="checkbox"/> 取得した	<input type="checkbox"/> 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
①申請区分	<input type="checkbox"/> 新規に記載あり			
②申請者登録情報	姓名(フリガナ) <input type="checkbox"/> 記載あり			
	姓名(漢字) <input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致 <input type="checkbox"/> 不一致を、原姓・旧姓を確認できるもので確認 <input type="checkbox"/> 通称名を使用	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致 <input type="checkbox"/> 不一致を、住民票と医師免許証で確認 <input type="checkbox"/> 不一致を、現姓・旧姓を確認できるもので確認	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致 <input type="checkbox"/> 不一致を、原姓・旧姓を確認できるもので確認
生年月日	<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致	身分証により「生年月日」、「性別」、「住所」表記の有無に差異がある。審査に疑義が生じた場合、必要に応じて確認する。	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致
性別	<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致		
住所	<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致		
医籍登録番号	<input type="checkbox"/> 記載あり			<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致
医籍登録年月日	<input type="checkbox"/> 記載あり			<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致
日医会員区分記載	<input type="checkbox"/> 記載あり			
日医会員ID	<input type="checkbox"/> 記載あり			
暗証番号	<input type="checkbox"/> 記載あり			
顔写真	<input type="checkbox"/> 申請者本人である		<input type="checkbox"/> 申請者本人である	
③申請者勤務先	医療機関名 <input type="checkbox"/> 名称記載あり			<small>(姓名の一致確認不可の場合)</small> 現姓・旧姓を確認できるもの。戸籍謄(抄)本等 <input type="checkbox"/> 原本で疑義がない <input type="checkbox"/> 発行から3か月以内 <input type="checkbox"/> 旧姓を使用
	<input type="checkbox"/> 住所記載あり			
	医療機関情報 <input type="checkbox"/> 電話番号記載あり			
	<input type="checkbox"/> 設立形態記載あり <input type="checkbox"/> 種別記載あり			
④連絡先情報	<input type="checkbox"/> 電話番号記載あり	<input type="checkbox"/> 住所選択あり	<input type="checkbox"/> その他住所記載あり	
⑤医師資格証の送付先	<input type="checkbox"/> 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。		

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。)

<input type="checkbox"/> 住民票住所	<input type="checkbox"/> 勤務先住所	<input type="checkbox"/> 連絡先住所	<input type="checkbox"/> 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)

(所属医師会名称)

(メモ欄)

受付 年 月 日

(氏名自署)
LRA担当者