

## 医師資格証の暗証番号(パスワード)開示申請書

私は、「医師資格証」の暗証番号(パスワード)開示を申請します。  
・『日本医師会認証局運用規程(CPS)』及び『日本医師会医師資格証利用規約』に同意します。

来訪の場合は、医師資格証を持参してください。  
郵送の場合は、医師資格証の表面のコピーを同封してください。(ご本人確認の連絡をさせていただく場合があります。)

**\*必須項目**

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

医師資格証のカードID

カードID*	J	M	A																
--------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

①開示申請者情報

※外国人で英字等を使用する場合は、英字で記入

加入者氏名* (医師資格証券面の氏名)	漢字(自署)	姓	名
医籍登録番号*	第	号	(ミドルネーム等、必要な場合はここに記入)

③ 連絡先情報 電子認証センターから本申請書に関するご連絡先

連絡先住所*	〒 都道府県		
	(組織名)	(部署名)	
電話番号*	-	-	FAX番号
メールアドレス	_____		

◆ 電子認証センター使用欄

受付日	
確認者* (氏名自署)	