日本医師会 医師資格証 発行申請書(再発行)

*印は記入必須項目です。

① 申請日

申請日	年　月　日
申請区分* (再発行事由)	☐ C. 紛失　☐ E. 姓名変更 ☐ D. 破損　☐ F. 日医会員/非会員変更

※不明の場合を除き、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。

カードID	JMA									

② 申請者登録情報

旧字、異字体などは、JIS2004文字に置き換えることがあります。

氏名(本名・現姓)* フリガナをヘボン式ローマ字に変換して資格証に記載します	フリガナ*	セイ		メイ		通称名・旧姓の使用 使用の場合のみ☑ ☐ 要⑥項の記載
	漢字*	姓		名		
生年月日*	明治　大正　昭和　平成　年　月　日			性別*	☐ 男　☐ 女	所属医師会名* (所属無しは「なし」と記入)
住所* 住民票に記載住所	〒					(都道府県医師会名) (郡市区等医師会)
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*	☐ 日医会員(会員ID記入必須) ☐ 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) ☐ 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*	カードを利用するための暗証番号です。 任意の数字4桁を記入ください。 暗証番号は、忘れないようご留意ください。			暗証番号*		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。

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*	☐ 法人組織　☐ 個人事業者　☐ 中央官庁/地方公共団体の組織　(該当ない時は、近いものを選択)
	種別*	☐ 診療所　☐ 有床診療所　☐ 病院　☐ その他

写真貼付欄*

正面、無背景、6ヶ月以内撮影のもの。証明書顔写真としての品質に不足する場合は、受付できないことがあります。

はがれないよう、しっかり

パスポートサイズ
35mm×45mm

④ 連絡先

本申請書に関する連絡、医師資格証の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*		
連絡先住所*	☐ 住民票に記載住所(②と同じ)　☐ 勤務先住所(③と同じ)　☐ 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 医師資格証の受取場所* 医師資格証の受取希望場所を選択。

以下のいずれかに✔して、地域医師会の場合は医師会名を記入してください。

ご希望の受取場所	☐ 地域医師会	(医師会名を記入してください。)	☐ 日医電子認証センター(日医会館近く) 〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 文京グリーンコート17F 公益社団法人日本医師会電子認証センター

地域によって受取ができない医師会があります。ご希望の医師会が受取可能かご確認の上でご記入ください。

⑥ その他の事項(該当する方のみ記載ください。)

該当する方は、下のいずれかを☑し、必要事項を記入してください。

医師資格証の券面に、 ☐ 本名に加えて通称名の記載を希望する ☐ 現姓名に加えて旧姓の記載を希望する (医師免許証に旧姓を使用している方)	左に☑した方は、通称名または旧姓名を記入	フリガナ	セイ		メイ	
		通称名または旧姓名	姓		名	

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。
- 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。

以下の枠内に申請者氏名を自署してください。

申請者氏名*
(自署)
(本名・現姓)