

医師資格証の表面のコピーを同封してください。
医師資格証がまだ到着していない場合は、同封不要です。

医師資格証 連絡先等変更申請書

- ・現在有効な日本医師会医師資格証の連絡先等の変更を申し込みます
- ・日本医師会電子認証センターホームページに掲載の『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電子証明書サービス利用規約』に同意します

【*】は必須項目です

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

医師資格証のカードIDを記載してください または、セカンド電子証明書初期登録用QRカードのカードIDを記載してください

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

カードIDは不明です

カードIDが不明の場合は、上の口に✓してください

① 加入者情報

加入者氏名* <small>(医師資格証表面の氏名)</small>	漢字(自署)	姓		名	
医籍登録番号*	第		号	<small>(ミドルネーム、旧姓、通称名等、必要な場合はここに記載)</small>	

所属医師会名を記載してください(変更がある場合のみ記載してください)

日本医師会	<input type="checkbox"/> 会員	<input type="checkbox"/> 非会員
都道府県医師会		
郡市区等医師会		

所属無しは「なし」と記載

② 住民票住所(変更がある場合のみ記載してください)

住民票住所を変更された場合は、必ず新住所が記載されている【住民票(コピー不可)】を同封してください

住民票住所	〒		都 道 府 県
-------	---	--	------------

③ 勤務先情報(変更がある場合のみ記載してください)

医療機関名	フリガナ 名称	
医療機関住所	〒	都 道 府 県 <small>(ビル名など)</small>
医療機関情報	医療機関コード	
	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 <small>(該当しない時は近いものを選択)</small>
	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

④ 連絡先情報(変更がある場合のみ記載してください) 連絡先情報は、医師資格証有効期限のお知らせ等の重要なお知らせに使用します

連絡先住所	<input type="checkbox"/> 住民票住所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	〒 <small>(ビル名など)</small>
電話番号	- -
メールアドレス	@

メールアドレスをお持ちの方は、記載してください