

日本医師会 医師資格証 発行申請書(再発行)

*印は必須項目です。

(医師資格証電子証明書サービス)

① 申請日	年 月 日	申請区分*	<input type="checkbox"/> C. 紛失 <input type="checkbox"/> E. 姓名変更 <input type="checkbox"/> G. 期限切れ再発行 <input type="checkbox"/> D. 破損 <input type="checkbox"/> F. 日医会員/非会員変更
		(再発行事由)	

旧字、異体字などは、JIS2004文字に置き換えることがあります。ローマ字表記は特別な希望がある場合のみご記入ください。
記載がない場合へボン式にて表記します。「ō」などの長音記号や「-」ハイフンは使用できません。

② 申請者登録情報

氏名 (本名・現姓)*	ローマ字	SEI	Mei	医師資格証カードの ローマ字氏名は、 (例) 日医太郎 NICHII Taro と、印刷されます。			
	フリガナ*	セイ	メイ				
	漢字*	姓	名				
生年月日*	大正 昭和 平成 年 月 日			性別*	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	所属医師会名* (所属なしは「なし」と記入)	
住所* 住民票に記載の住所	〒					(都道府県 医師会名)	
						(市区町村等 医師会)	
医籍登録番号*	第	号	医籍登録年月日*	昭和 平成 令和 年 月 日			
日医会員ID*	<input type="checkbox"/> 1. 日医会員>					日医会員番号(会員ID) 不明の場合は記入不要	
	<input type="checkbox"/> 2. 申し込み3ヶ月以内の新規日医会員(右「会員ID」記入不要)						
	<input type="checkbox"/> 3. 日医非会員						
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桁をご記入ください。 暗証番号は、忘れないようご注意ください。 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。					暗証番号*	写真貼付欄*
							期限切れ再発行の場合は、 貼付け必須 その他の場合は、変更有れば 貼付け必須、無ければ貼 付け不要 パスポート写真サイズ 35mm × 45mm

③ 申請者勤務先

法人名がある場合は、法人名も記入してください。勤務先がない場合は、「なし」と記入下さい。

医療機関名*	フリガナ						
	名称	(法人名)	(医療機関名)				
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*	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 中央官庁/地方公共団体/その他	(該当がない時は、 近いものを選択)				
	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

本申請書や医師資格証に係る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*	<input type="checkbox"/> 住民票に記載住所(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 (右に記載)	〒 (ビル名・所属・診療科など)		
メールアドレス	お持ちの方は、 記入してください。	@	

⑤ 医師資格証の送付先

医師資格証は、住民票住所に【本人限定受取郵便(特例型)】でお送りします。

- 郵便局から住民票住所に「本人限定受取郵便物(到着のお知らせ)」が届きます。
 - 「到着のお知らせ」には受取希望場所についての案内が記載されています。「住民票住所」、「勤務先住所」、「郵便局窓口」等の希望する受取場所を指定できます。
- ※本人限定受取郵便(特例型)の、郵便局での保管期間は10日間です。
※受取時には、運転免許証・マイナンバーカードなどの本人確認書類が必要です。※同居のご家族を含め、ご本人以外は郵便物を受取りいただけません。

⑥ その他の事項(該当者のみ記載)

通称名の併記希望は、住民票に記載された通称名のみ可能です。

旧姓の併記希望は、旧姓の分る戸籍(抄) 謄本または旧姓も記載された住民票を添付してください。

ローマ字表記は特に希望がある場合のみご記入ください。記載がない場合へボン式にて表記します。「ō」「-」などの記号は使用できません。

通称名または 旧姓名の併記	医師資格証券面 姓名	ローマ字	SEI	Mei
	<input type="checkbox"/> 前回発行の医師資格証と同じ(変更なし)	フリガナ	セイ	メイ
	<input type="checkbox"/> 今回の再発行で通称名の記載又は変更を希望する	通称名または 旧姓名	姓	名
	<input type="checkbox"/> 今回の再発行で旧姓の記載又は変更を希望する			

私は以下の内容を確認し、医師資格証およびセカンド電子証明書の発行を申し込みます。

- 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)』および『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。
- この情報は、日本医師会個人情報保護方針に則り取り扱います。
- 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。

ICカードの部材不足が発生した場合等は、セカンド電子証明書を先に発行し、遅れて医師資格証を発行することがあります。詳細はホームページでご案内します。

以下の枠内に申請者氏名を楷書で自署してください。

申請者氏名*
(自署)
(本名・現姓)