

記入例

医師資格証発行申請書(新規)の記入例 (医師資格証電子証明書サービス)

発行申請書(新規)は、医師資格証の発行を初めて申請する際に使用する申請書です。

日本医師会 医師資格証 発行申請書(新規)
(医師資格証電子証明書サービス)

*印は必須項目です。

1 申請日 2024 年 8 月 1 日

2 申請者登録情報

氏名 (本名・現姓)*

ローマ字 SEI フリガナ* セイ ニチイ メイ タロウ
漢字* 姓 日医 名 太郎

3 生年月日* ☐ 大正 ☐ 昭和 ☒ 平成 1 年 2 月 3 日 性別* ☒ 男 ☐ 女

4 所属医師会名* (所属がなしは「なし」と記入)

住所* (住民票に記載の住所)
〒XXX-XXXX ○○県 ○○市 ○○町 X丁目 X-XX
○○マンション 101号室

5 医師登録番号* 第 123456 号 医師登録年月日* ☐ 昭和 ☐ 平成 ☒ 令和 1 年 3 月 25 日

6 日医会員ID* ☒ 1. 日医会員 ☐ 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) ☐ 3. 日医非会員

7 医師資格証 暗証番号* ICカードで電子署名や認証を行う際に使用する暗証番号です。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。

8 写真貼付欄*

※暗証番号は発行時には通知しません。必ずメモ等に控えてください。

3 申請者勤務先

9 医療機関名* フリガナ イリョウホウジン ニチイイン
名称 医療法人 日医医院

10 医療機関住所* 〒XXX-XXXX ○○県 ○○市 ○○町 X丁目 X-XX
○○ビル1F 内科

11 医療機関情報* 医療機関コード 電話* XXX-XXX-XXXX
設立形態* ☒ 法人 ☐ 個人 ☐ 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* ☒ 診療所 ☐ 有床診療所 ☐ 病院 ☐ 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。

12 連絡先電話番号* XXX-XXX-XXXX

13 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

14 その他の住所 (右に記載) (所属・診療科等)

15 メールアドレス お持ちの方は、記入してください。 abcd1234 @ jmaca.med.or.jp

5 医師資格証の受取場所 地域によって受け取りができない医師会があります。ご希望の医師会が受け取り可能かご確認の上でご記入ください。

16 ご希望の受取場所* ☒ 地域の医師会 ☐ 郵送(郵便) (郵便番号を記入してください)

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。記入がない場合へボン式にて表記します。「a」「j」などの記号は使用できません。

17 通称名または旧姓名の併記 ☒ 医師資格証の券面に、
☐ 本人に加えて通称名の記載を希望する
☐ 現姓に加えて旧姓の記載を希望する

18 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。
■日本医師会認証局運用規程(CPS)および「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、医師登録番号、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。

19 申請者氏名* (自署)(本名・現姓)

20 日医太郎

- 申請日を記入してください。
西暦又は和暦のいずれでも可です。
- 氏名をカタカナ、漢字で記入してください。
ローマ字は、原則として認証局で自動的にフリガナをへボン式ローマ字に置き換えます。
左記の氏名の場合、医師資格証のローマ字氏名は、「NICHII Taro」と印刷されます。
特にご希望のローマ字表記がある場合のみローマ字を記入してください。(姓名を表さないもの、誤解を生じる恐れがあるもの等、お引き受けできない場合があります。)
- 住民票から「生年月日」、「性別」、「住民票住所」を正確に転記してください。
- 所属都道府県医師会、所属市区町村医師会を記入してください。医師会に所属していない方は、「なし」と記入してください。
- 医師免許証から「医師登録番号」と「登録年月日」を正確に転記してください。
- 日医会員の加入状況について1~3のいずれかに してください。日医会員の場合は、会員番号を記入してください。会員番号が不明な場合は未記入で結構です。
- 新規発行する医師資格証に設定する暗証番号(任意の数字4桁)を記入してください。
暗証番号は医師資格証発行時には通知しませんので、忘れないようメモ等に控えてください。
- パスポート規格の写真を貼り付けてください。(カラー、モノクロのいずれも可) 無背景で鮮明なものを貼り付けてください。
- 勤務先を記入してください。複数の場合は代表的なものを記入してください。勤務されていない方は、「なし」と記入してください。
- 医師資格証に関するお知らせや、郵便物の発送等に使用します。メールアドレスの記入は必須ではありませんが、可能な限り記入してください。
- 受け取りを希望する場所を選択してください。
発行が完了したら、連絡先に記入した住所へ「発行完了通知」(はがき)をお送りします。
申請者ご自身が「発行完了通知」に記載されている必要書類を受取場所へ持参し、「医師資格証」および「セカンド電子証明書の初期登録用QR通知」を対面で受け取ります。

- (該当する方のみ)
医師資格証に本名・現姓に加えて「通称名・旧姓」の印刷を希望される方は、 して記入してください。
※通称名は住民票に記載されているもののみ可能です。
「通称名・旧姓」を証明する公的書類(戸籍(謄)抄本又は住民票、旧姓が記載されたマイナンバーカード、運転免許証など)が必要です。
ローマ字は、原則として認証局で自動的にフリガナをへボン式ローマ字に置き換えます。
特にご希望のローマ字表記がある場合のみローマ字を記入してください。
(姓名を表さないもの、誤解を生じる恐れがあるもの等、お引き受けできない場合があります。)

- 同意事項です。ご確認ください。

- 最後に、申請氏名をご自身で署名してください。スタンプ、印刷は不可です。