

## 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	年	月	日
-------	---	---	---

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。「o」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				
	フリガナ*	セイ		メイ				
	漢字*	姓		名				
生年月日*	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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*	〒						都道府県	医師会名
住民票に記載の住所	(建物名・部屋番号等)						市区町村	医師会
医籍登録番号*	第	号	医籍登録年月日*	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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。

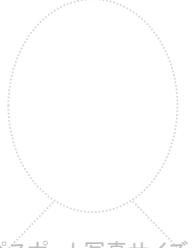
医師資格証 暗証番号*	ICカードで電子署名や認証を行う際に使用する暗証番号です。 任意の数字4桁をご記入ください。 暗証番号は、忘れないようご注意ください。 暗証番号は、「0000」や「生年月日」などを使わないように願います。	暗証番号*				
----------------	---	-------	--	--	--	--

※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

法人名がある場合は、法人名を記入してください。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*	〒							
	(建物名等) (所属・診療科等)							
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						

写真貼付欄*

パスポート写真サイズ 35mm × 45mm

- ・6ヵ月以内に撮影された写真を貼付してください。
- ・品質はパスポート申請用写真の規格に準じるものとします。
- ・品質に不足がある場合は、受付できないことがあります。

## 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)	〒	
	(建物名等) (所属・診療科等)	
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。

以下のいずれかに☑をつけてください。地域の医師会で受取を希望の場合は都道府県名と医師会名を記入してください。

- ICカードの発行状況や審査の結果によっては、医師会での受渡しに代わり、④に記入の連絡先住所へ「本人限定受取郵便(特例型)」で郵送となる場合があります。
- 「本人限定受取郵便(特例型)」で郵送となった場合は、配達を担当する郵便局に郵便物が到着すると、「到着通知書(通信事務郵便)」が連絡先住所に届きますので、到着通知書の内容を確認し、受取をお願い致します。

ご希望の 受取場所*	<input type="checkbox"/> 地域の医師会	(都道府県名) (医師会名を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16 公益社団法人 日本医師会 電子認証センター
---------------	---------------------------------	--------------------------	--

## 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。「o」「j」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	医師資格証の券面に、	ローマ字	SEI		Mei	
	<input type="checkbox"/> 本名に加えて通称名の記載を希望する	フリガナ	セイ		メイ	
	<input type="checkbox"/> 現姓に加えて旧姓の記載を希望する	通称名または 旧姓名	姓		名	

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人になります。

申請者氏名\*  
(自署)  
(本名・現姓)

以下の枠内に申請者氏名を楷書で自署してください。

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。