

医師資格証 登録情報変更申請書



書類送付先

〒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

同封書類一覧・チェックリスト

- 【必須】以下のうち、いずれか一点を必ず同封してください。
 - 医師資格証(ICカード)表面コピー
 - 顔写真付き公的身分証明書のコピー(運転免許証・パスポート・マイナカード等)
- 住民票住所に変更がある場合は、以下のうち、いずれか一点を同封してください。
 - 新しい住所が記載されている住民票(取得後6か月以内のもの)
 - 新しい住所の記載が確認できる運転免許証のコピー(マイナ免許証の画像は不可)
 - 新しい住所の記載が確認できるマイナンバーカードのコピー

① 氏名等

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 「*」がついている項目は記入必須項目です。
- 申請書に記入された情報は、日本医師会個人情報保護方針に則り取り扱います。

■氏名または医籍登録番号に変更がある場合はこの申請書は使用できません。発行申請書(氏名・医籍登録番号変更)をご使用ください。

氏名*	フリガナ*	セイ	メイ
	漢字*	姓	名
医籍登録番号*	第 _____ 号	医師資格証カードID	JMA _____

② 申請者情報

- 住民票住所に変更がある場合はご記入ください。変更がない場合は記入不要です。
- 住民票住所に変更がある場合は、**新しい住所が確認できる書類(本申請書右上に記載の同封書類一覧・チェックリストを参照)**の同封が必要です。

住民票住所 〒 _____

■【記入必須】現在の医師会所属状況についてご記入ください。

日本医師会 会員加入 状況*	<input type="checkbox"/> 1.日本医師会 会員	日本医師会 会員ID 不明の場合は記入不要				
	<input type="checkbox"/> 2.加入申込から3か月以内の日本医師会 会員					
	<input type="checkbox"/> 3.日本医師会 非会員	所属医師会名* 所属無は「なし」と記入	都道府県 医師会	郡市区等 医師会	医師会	
	<input type="checkbox"/> 4.不明 ※登録変更時の加入状況に準じて登録します。					

③ 勤務先情報

■勤務先に変更がある場合はご記入ください。変更がない場合は記入不要です。

勤務先 医療機関名	フリガナ 名称	法人名(ある場合は記入)	医療機関名(勤務先が無い場合は「なし」と記入)
医療機関 住所	〒 _____	建物名等	所属・診療科等
医療機関 コード	_____	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
代表 電話番号	_____	内線 番号等	_____
		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

■【記入必須】ご希望のご連絡先についてご記入ください。

電話番号*	連絡先 電話番号*	内線 番号等	携帯 電話番号*	※携帯電話番号が無い場合は「なし」と記入
メール アドレス*	_____@_____		連絡先 住所*	<input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 勤務先住所 <input type="checkbox"/> その他住所(以下の記入欄に記入)
その他 住所	〒 _____ 建物名・所属・診療科等			

⑤ 連絡事項等

■その他、ご連絡事項がある場合をこちらにご記入ください。

⑥ 同意事項

私は『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、連絡先等の登録情報変更を申し込みます。

申請者氏名
自署*
現姓・本名を
楷書で記入

【日本医師会医師資格証電子証明書サービス利用規約 URL】

https://www.jmaca.med.or.jp/guide/data/riyousya_kiyaku.pdf