

医師資格証発行申請書(新規)の記入例


- 発行申請書(新規)に添付して提出が必要な書類(以下の3点)
- (1) 医師免許証のコピー(裏面に記載がある場合は裏面も)
 - (2) 住民票の写し
 - (3) 身分証のコピー 次の内のいずれか1点
 - ・日本国旅券(有効期間内のもの)
 - ・運転免許証(有効期間内のもの)または
運転経歴証明書(平成24年4月1日以降発行のもの)
 - ・マイナンバーカード【個人番号カード】(有効期間内のもの)
 - ・住民基本台帳カード(有効期間内のもの)
 - ・官公庁発行職員身分証(写真付、張替防止措置済のもの)
 - ・その他認証局が認めるもの

新規発行は、初めて医師資格証の申請をするものです。申請は、いつでもできます。
(過去に医師資格証を発行された方、医師資格証を更新する方、発行済医師資格証の内容変更をする方は、更新申請または再発行申請をしてください。)

記入例

日本医師会 医師資格証 発行申請書(新規)

*印は記入必須項目です。

① 申請日	2017 年 8 月 1 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。 ローマ字表記は希望がある場合のみご記載ください。記載がない場合へボン式にて表記します。				
② 申請者登録情報	氏名 (本名・現姓)*	ローマ字 フリガナ* 漢字* 姓	Sei セイ 日医 名	
		Mei メイ 太郎		
②	生年月日*	明治 大正 昭和 平成 30 年 1 月 15 日	性別* <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所*	〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8		
	住民票に記載の住所	○都医師会 ○市区等医師会 ○市医師会		
④	医籍登録番号*	第 1234567 号	医籍登録年月日* 大正 昭和 平成 令和 56 年 3 月 30 日	
⑤	日医会員ID*	日医会員番号(会員ID)* 左で1の場合記入 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
	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桁を記入ください。 暗証番号は、忘れないようご留意ください。 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。	⑥ 暗証番号* 2 1 5 8	
③	申請者勤務先	⑦ 写真貼付欄*		
⑧	医療機関名*	フリガナ ニチイイン 名称 日医医院		
	医療機関住所*	〒113-0021 東京都文京区本駒込2-28-8 (ビル名など) (所属・診療科など) ○○ビル 内科		
	医療機関情報*	医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7 電話* 03-XXXX-XXXX		・6か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。
		設立形態* <input checked="" 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 (該当がない時は、近いものを選択) 種別* <input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> してください。		
⑨	連絡先電話番号*	03-XXXX-XXXX		
	連絡先住所*	<input type="checkbox"/> 住民票に記載住所(②と同じ) <input checked="" 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	重要なお知らせ等で 使用します。 toiwase @ 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。		
⑩	ご希望の受取場所*	以下のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> して、地域の医師会の場合は医師会名を記入してください。		
		<input checked="" type="checkbox"/> 地域の医師会 (医師会名を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 日医電子認証センター(日医会館近く) 〒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。 ローマ字表記は希望がある場合のみご記載ください。記載がない場合へボン式にて表記します。		
⑪	通称名または旧姓名の併記	医師資格証の券面に、 <input type="checkbox"/> 本名に加えて通称名の記載を希望する <input type="checkbox"/> 現姓に加えて旧姓の記載を希望する	⑫ ローマ字 フリガナ セイ Mei メイ 名	
⑬	私は以下の内容を確認し、日本医師会電子認証センターに医師資格証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利用規約』に同意します。 ・日本医師会医療認証基盤サービスに利用者登録されることに同意します。 ・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。	⑭ 申請者氏名* (自署) (本名・現姓) 日医太郎		

- 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。特にご希望のローマ字表記がある場合のみ申請者にて記入願います。(姓を表さないもの、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。)
- 「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、所属市区等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「医籍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、新規会員または非会員に してください。会員の場合は、会員番号を記入してください。新規会員で会員番号が不明な場合は番号未記入で結構です。非会員は、番号記入不要。
- 新規発行する医師資格証の任意の暗証番号(パスワード、任意の数字4桁)を記入してください。
- 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。
- 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に使用します。記入してください。
- 医師資格証の受け取りを希望する場所を選択(記入)してください。地域によっては取り扱いが始まっていないことがあります。その場合は、受け取りできる近隣医師会をお知らせします。

- (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、 してください。 ※通称名は住民票に記載されているもののみ印刷可能です。
- (該当する方のみ) 医師資格証に、本名に加えて通称名、現姓に加えて旧姓を印刷する方は、通称名または旧姓名を記入してください。旧姓の併記を希望の場合は、旧姓を確認できる公的書類(次の内の1点)を添付してください。
・戸籍(抄)謄本 ・旧姓も記載された住民票
- 同意事項です。ご確認ください。
- 申請者の氏名を自署してください。自署の訂正は受け付けられません。