

医師資格証発行申請に必要な書類

チェックシート

◇医師資格証発行申請を希望される先生方は、受付・事前審査の予約日までに、以下の書類をご用意ください。

◇下記□にチェックを入れ、必要書類一式と併せて、受付・事前審査実施当日にご持参ください。

医師資格証発行申請書（原本）

※パスポートサイズ（35×45mm）の顔写真貼付

医師免許証（原本）または、コピーに実印 を押印し、印鑑登録証明書を添付したもの

住民票の写し（原本）

身分証明書（原本）

※下記のうちいずれか1点（有効期限内のもの）

- ・日本国旅券
- ・運転免許証または運転経歴証明書
- ・住民基本台帳カード 写真付き
- ・官公庁職員身分証明書（張替防止措置済み・写真付き）

戸籍謄（抄）本又は全部（個人）事項証明書

※旧姓、通称名等を使用する場合に必要

日本医師会 医師資格証 発行申請書

地域受付審査局名

*印は記入必須項目です。

① 申請日	年 月 日	※更新の場合は、お手持ちの医師資格証のカードIDを必ずご記入ください。											
申請区分*	<input type="checkbox"/> A. 新規発行 <input type="checkbox"/> B. 更新発行	更新の場合は、カードIDを記入	カードID	JMA									

② 申請者登録情報

氏名*	フリガナ*	セイ		メイ	
フリガナをへボン式ローマ字に変換して資格証に記載します	漢字*	姓		名	
生年月日*	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	性別* <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所*	〒				
住民票記載住所					
医籍登録番号*	第	号	医籍登録年月日*	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
日医会員ID*	<input type="checkbox"/> 日医会員(会員ID記入必須) <input type="checkbox"/> 日医会員(申込み3ヶ月以内で会員ID不明の場合、記入不要) <input type="checkbox"/> 日医非会員(会員ID記入不要)				日医会員番号(会員ID)*
医師資格証暗証番号*	カードを利用する暗証番号です。任意の数字4桁を記入ください。暗証番号は、忘れないようご注意ください。				暗証番号*

③ 申請者勤務先

医療機関名*	フリガナ	
	名称	
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*
設定形態*	<input 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	
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*

写真裏面に申請者氏名と医籍登録番号を記入してください。

はがれないよう、しっかりと貼り付けてください。

パスポートサイズ
35mm × 45mm

④ 連絡先

本申請書に関する連絡、電子証明書使用期限切れの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FAX番号	
連絡先住所*	<input type="checkbox"/> 住民票記載住所(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	重要なお知らせ等で使用します。	@	

⑤ 医師資格証の送り先*

受取希望場所を、下のいずれかから選んで してください。

住民票記載住所(②) 勤務先住所(③) その他の住所(④) に送ってください。

※ 本人限定受取郵便(特例型)での配達となります。受取場所は「最寄りの郵便局窓口」または「本人宛に配達」となります。

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。

申請者氏名*
(自署)

C-RRAI-GA01-004

認証局使用欄

LRA確認印又はサイン RA確認印又はサイン

日本医師会 医師資格証 発行申請書

地域受付審査局名

*印は記入必須項目です。

① 申請日 2015 年 2 月 20 日

申請区分* A. 新規発行 B. 更新発行

※更新の場合は、お手持ちの医師資格証のカードIDを必ずご記入ください。

カードID JMA

② 申請者登録情報

氏名* フリガナ* セイ アイ メイ タロウ
フリガナをへボン式ローマ字に変換して資格証に記載します
漢字* 姓 愛医 名 太郎

生年月日* 明治 大正 (昭和) 平成 33 年 4 月 1 日 性別* 男 女

住所* 〒 460-0008
住民票記載住所 愛知県名古屋市中区栄4丁目14番28号

医籍登録番号* 第 記入必須 号 医籍登録年月日* 明治 大正 (昭和) 平成 60 年 10 月 30 日

日医会員ID* 日医会員(会員ID記入必須) 日医会員(申込み3ヶ月以内で会員ID不明の場合、記入不要) 日医非会員(会員ID記入不要)

日医会員番号(会員ID)* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 9

医師資格証暗証番号* カードを利用する暗証番号です。任意の数字4桁を記入ください。暗証番号は、忘れないようご注意ください。

暗証番号* 記入必須

③ 申請者勤務先

医療機関名* フリガナ アイチケンインカイイン
名称 愛知県医師会医院

医療機関住所* 〒 460-0008 愛知県名古屋市中区栄4丁目14番28号
(ビル名など) (所属・診療科など) 内科

医療機関情報* 医療機関コード 電話* 052-241-4151

設立形態* 法人組織 個人事業者 中央官庁/地方公共団体の組織

種別* 診療所 有床診療所 病院 その他

写真貼付欄*

写真裏面に申請者氏名と医籍登録番号を記入してください。

はがれないよう、しっかりと貼り付けてください。

パスポートサイズ 35mm × 45mm

④ 連絡先

本申請書に関する連絡、電子証明書使用期限切れのお知らせ等の連絡先に してください。

連絡先電話番号* 052-241-4151 連絡先FAX番号 052-241-4130

連絡先住所* 住民票記載住所(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

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。 aii.taro @ aichi.med.or.jp

⑤ 医師資格証の送り先*

受取希望場所を、下のいずれかから選んで してください。

住民票記載住所(②) 勤務先住所(③) その他の住所(④) に送ってください。

※ 本人限定受取郵便(特例型)での配達となります。受取場所は「最寄りの郵便局窓口」または「本人宛に配達」となります。

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。

申請者氏名* (自署)

愛医 太郎

C-RRAI-GA01-004

認証局使用欄

LRA確認印又はサイン RA確認印又はサイン

確認印/サイン欄

日本医師会 医師資格証発行申請書 記入例

日本医師会 医師資格証 発行申請書		地域受付審査局名
*印は記入必須項目です。		・・・県医師会
① 申請日	2014 年 2 月 8 日	※更新の場合は、お手持ちの医師資格証のカードIDを必ずご記入ください。
① 申請区分*	<input checked="" type="checkbox"/> A. 新規発行 <input type="checkbox"/> B. 更新発行	カードID JMA 新規発行は記入不要
② 申請者登録情報	氏名* フリガナ* セイ ニ タイ メイ タロウ フリガナをへボン式ローマ字に変換して資格証に記載します 漢字* 姓 日 医 名 太郎 生年月日* 明治 大正 昭和 平成 35 年 4 月 1 日 性別* <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 住所* 〒 112-0011 東京都 XXXX区XXX1丁目1番1号 住民票記載住所 XXビル XXX号 医籍登録番号* 第 記入必須 号 医籍登録年月日* 明治 大正 昭和 平成 50 年 10 月 30 日 <input checked="" type="checkbox"/> 日医会員(会員ID記入必須) → 日医会員番号(会員ID)* <input type="checkbox"/> 日医会員(申込み3ヶ月以内で会員ID不明の場合、記入不要) <input type="checkbox"/> 日医非会員(会員ID記入不要) 日医会員ID* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 9 医師資格証* カードを利用する暗証番号です。任意の数字4桁を記入ください。暗証番号は、忘れないようご注意ください。 暗証番号 記入必須 ③ 申請者勤務先 医療機関名* フリガナ ミトエヌエムピョウイン 名称 水戸NM病院 医療機関住所* 〒 301-XXXX 茨城県XX市XXX町XXX番 (ビル名など) 水戸XXXセンター (所属・診療科など) 内科 医療機関コード 電話* XXX-XXX-XXXX 医療機関情報* 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 種別* <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 有床診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ④ 連絡先 本申請書に関する連絡、電子証明書使用期限切れのお知らせ等の連絡先に してください。 連絡先電話番号* XXX-XXX-XXXX 連絡先FAX番号 XXX-XXX-XXXX 連絡先住所* <input type="checkbox"/> 住民票記載住所(②と同じ) <input type="checkbox"/> 勤務先住所(③と同じ) <input checked="" type="checkbox"/> その他の住所を下記に記載 その他の住所(右に記載) 〒 226-XXXX 横浜市XXX区XXXXX 1-2-3 (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。 nichi.taro @ XXXXX.XXX.XX.XX ⑤ 医師資格証の送り先* 受取希望場所を、下のいずれかから選んで してください。 <input type="checkbox"/> 住民票記載住所(②) <input type="checkbox"/> 勤務先住所(③) <input checked="" type="checkbox"/> その他の住所(④) に送ってください。 ※ 本人限定受取郵便(特例型)での配達となります。受取場所は「最寄りの郵便局窓口」または「ご本人宛に配達」となります。 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。 申請者氏名* (自署) 日医太郎 ⑥ 写真貼付欄* 写真裏面に申請者氏名と医籍登録番号を記入してください。はがれないよう、しっかりと貼り付けてください。パスポートサイズ 35mm×45mm	

記入例は、申請者(日医太郎)、住民票住所(東京都)、日本医師会会員、勤務先(茨城県)、日常の連絡先(横浜市)、医師資格証の受取住所(横浜市)の例で記載しています。

*印の項目は記入必須項目ですので、もれなく記入してください。
記入例は赤い文字で示していますが、黒い文字で記入してください。

- 新規の発行申請の方はA.「新規発行」に✓、更新発行の方はB.「更新発行」に✓してください。
- 「姓名」、「生年月日」、「性別」、「住民票の住所」を、住民票から転記してください。「姓名」欄はカード券面に印刷される氏名になります。(旧姓を印刷する方は旧姓を、通称名を印刷する方は通称名を記入) 記入間違い等は、消し線で修正してください。
- 「医籍登録番号」、「医籍登録年月日」を記入してください。
- 日医会員と非会員では年会費が異なりますので、日医会員の方は必ず会員IDを記入してください。
・日医会員に✓した方は、必ず会員IDを記入してください。
・日医会員に申込み済で、まだ会員IDの連絡が来ていない方は、「日医会員(申込み3ヶ月以内)」に✓してください。3ヶ月以内でも、会員IDをお持ちの方は、「日医会員」に✓して会員IDを記入してください。
・非会員に✓した方は、会員IDを記入しないでください。
※日医会員になって3ヶ月以内で会員IDをお持ちでない方は、認証局の会員ID確認に時間がかかるため、通常の発行より1か月くらい遅くなる場合があります。
- ICカードに格納された電子証明書を利用するための暗証番号です。第三者に知られないようご注意ください。生年月日、電話番号、連続する4桁などの数字は使用しないでください。
- 申請者の勤務先等を記入してください。複数の勤務先がある場合は、主要なものを1つ記入してください。医療機関コードは、必須ではありません。
- 医師資格証に記載される顔写真です。パスポート規格の写真にしてください。しっかりと糊付してください。カラー、モノクロのいずれでも結構です。
- 連絡先電話番号を記入してください。連絡先住所が、住民票住所、勤務先住所以外の方は、その住所を記入してください。メールアドレスをお持ちでない方を除いて、メールアドレスを記入してください。
- 医師資格証の送り先を指定✓してください。✓した場所に、申請者宛てに本人限定受取郵便(特例型)(※)で、医師資格証が届きます。(※)本人限定受取郵便(特例型)は、最寄りの郵便局から到着の連絡が届きます。宛先住所で受取るか、郵便局で受取るかのいずれかになります。いずれの場合も、受取人(本人)が身分証明書を提示する必要があります。
- 申請者の氏名を自署してください。自署の訂正は受付できません。(旧姓を使う方であっても現姓を、通称名を使う方であっても本名を自署)