

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*
	設立形態*	<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*

無背景、パスポート用写真と同じ規格

はがれないよう、しっかりと貼り付けしてください。

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います。 @

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)

Ver.3.00

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

事前審査確認書(新規申請)

※LRA担当者は記載必須、LRA本審査担当者は必須としない。

備考: 確認(✓)必須事項 選択確認(✓)事項

提出/確認書類				
	発行申請書	住民票	身分証明書	医師免許証
	<input type="checkbox"/> 所定様式である	<input type="checkbox"/> 原本で疑義がない	<input type="checkbox"/> 原本で疑義がない	<input type="checkbox"/> 原本である
	<input type="checkbox"/> 氏名の自署あり	<input type="checkbox"/> 発行から3か月以内	<input type="checkbox"/> 有効期限内	<input type="checkbox"/> 外形に問題がない
			<input type="checkbox"/> 顔写真で本人確認	<input type="checkbox"/> 透かしに問題がない
確認した身分証			<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード(写真付) <input type="checkbox"/> 官公庁発行身分証明書(写真付)	<small>医師免許証コピー提示の場合</small> <input type="checkbox"/> 医師免許証コピーである <input type="checkbox"/> 余白に実印あり <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書あり <input type="checkbox"/> 裏面に記載あり。(裏面コピー添付)
コピーの取得			<input type="checkbox"/> 取得した	<input type="checkbox"/> 取得した

医師資格証発行申請書(新規申請)

	発行申請書	住民票	身分証明書	医師免許証
①申請区分	<input type="checkbox"/> 新規に記載あり			
②申請者登録情報	姓名(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 記載あり		
	姓名(漢字)	<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致 <input type="checkbox"/> 不一致を、原姓・旧姓を確認できるもので確認 <input type="checkbox"/> 通称名を使用	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致 <input type="checkbox"/> 不一致を、原姓・旧姓を確認できるもので確認
	生年月日	<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致
	性別	<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致	<small>身分証により「生年月日」、「性別」、「住所」表記の有無に差異がある。審査に疑義が生じた場合、必要に応じて確認する。</small>
	住所	<input type="checkbox"/> 記載あり	<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致	
	医籍登録番号	<input type="checkbox"/> 記載あり		
	医籍登録年月日	<input type="checkbox"/> 記載あり		<input type="checkbox"/> 発行申請書と一致
	日医会員区分記載	<input type="checkbox"/> 記載あり		
	日医会員ID	<input type="checkbox"/> 記載あり		
	暗証番号	<input type="checkbox"/> 記載あり		
顔写真	<input type="checkbox"/> 申請者本人である		<input type="checkbox"/> 申請者本人である	
③申請者勤務先	医療機関名	<input type="checkbox"/> 名称記載あり <input type="checkbox"/> 住所記載あり		<small>(姓名の一致確認不可の場合) 現姓・旧姓を確認できるもの。戸籍謄(抄)本等</small> <input type="checkbox"/> 原本で疑義がない <input type="checkbox"/> 発行から3か月以内 <input type="checkbox"/> 旧姓を使用
	医療機関情報	<input type="checkbox"/> 電話番号記載あり		
		<input type="checkbox"/> 設立形態記載あり		
		<input type="checkbox"/> 種別記載あり		
④連絡先情報	<input type="checkbox"/> 電話番号記載あり	<input type="checkbox"/> 住所選択あり	<input type="checkbox"/> その他住所記載あり	
⑤医師資格証の送り先	<input type="checkbox"/> 指定あり			

以下のいずれかに✓
 すべての項目の確認完了 不備事項があるが、LRA審査に移す

申請者氏名 (LRA担当者が記載)

(所属医師会名称)

(メモ欄)

受付 年 月 日

(氏名自署)
LRA担当者