

医師資格証 新規発行申請書

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。

■ローマ字は希望がある場合のみ記入してください。記入がない場合はハングル式で表記します。 ■ローマ字氏名は「日医 太郎」の場合、「NICHII Taro」と表記されます。

■漢字記入欄のマス目が足りない場合は、マス目を無視して記入してください。

① 申請者情報	氏名* 現姓・本名 で記入	ローマ字 フリガナ* 漢字* (左詰め)	SEI セイ 姓				Mei メイ 名				
	旧字・異体字使用希望	<input type="checkbox"/> 旧字・異体字を使用希望		■住民票に記載の旧字・異体字を使用して発行を希望する場合は「旧字・異体字を使用希望」に✓を入れてください。							
性別*	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生年月日*	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
住民票 住所*	〒										
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		
日本医師会 会員加入 状況*	<input type="checkbox"/> 1.日本医師会 会員 <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 <input type="checkbox"/> 4.不明 ※審査時の加入状況に準じて発行します。				日本医師会 会員ID 不明の場合は記入不要			所属医師会名*	都道府県 医師会	群市区等 医師会	医師会
医師資格証 暗証番号*	■ICカードで電子署名や認証をする際に使用する暗証番号です。 ■任意の数字4桁を記入してください。「0000」や「生年月日」は使用不可です。 ■暗証番号は発行時には通知しません。忘れないようご留意ください。										暗証番号*

② 勤務先情報	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 情報*	医療機関 コード	電話 番号*									
	設立 形態*	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 中央官庁/地方公共団体/その他	<input type="checkbox"/> 個人	種別*	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 有床診療所 <input type="checkbox"/> その他					

③ 連絡先情報	連絡先 電話番号*				連絡先 住所*	<input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> その他の住所(以下の「その他住所」欄に記入)	勤務先住所						
	その他 住所	〒 建物名・所属・診療科等											
メール アドレス*	※メールアドレスが無い場合は「なし」と記入 @												

④ 発行・受取	■希望の医師資格証受取場所について以下のいずれかに✓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、③の連絡先住所へ『本人限定受取郵便(特例型)』で郵送する場合があります。											
希望の 受取場所*	<input type="checkbox"/> 地域の医師会 で対面受取	都道府県名	医師会名	医師会	<input type="checkbox"/> 日本医師会館 で対面受取	〒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						
ICカードの 優先発行	<input type="checkbox"/> ICカード 優先発行希望	■ICカードの在庫が不足した場合、HPKIセカンド電子証明書を先に発行し、ICカードは後日発行とすることがあります。現在の発行状況は日本医師会電子認証センターのWEBページをご確認ください。医療機関等向け総合ポータルサイトで電子処方箋の利用申請が済んでおり、かつ電子処方箋の発行にあたり必ずICカードが必要な場合は、左記の「ICカード優先発行希望」に✓を入れてください。※ご希望に添えない場合もあります。										

⑤ その他事項	■現姓・本名に加えて旧姓または通称名の併記を希望する場合のみ、本項目に記入してください。(旧姓または通称名のみでの発行はできません。)												
	旧姓/通称名の併記希望 (希望者のみ記入)	<input type="checkbox"/> 旧姓の 併記を希望	■旧姓等が確認できる公的書類を提出してください。 (提出書類の詳細は送付書類チェックリストを参照)			<input type="checkbox"/> 通称名の 併記を希望	■通称名が記載されている住民票を提出してください。						
旧姓または 通称名	ローマ字 フリガナ* 漢字* (左詰め)	SEI セイ 姓				Mei メイ 名							

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、医師資格証およびHPKIセカンド電子証明書の発行を申し込みます。

申請者氏名 自署* 現姓・本名を 楷書で記入	※申請者氏名自署欄は、取り消し線や訂正印は認められません。	
【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/riouslya_kiyaku.pdf		