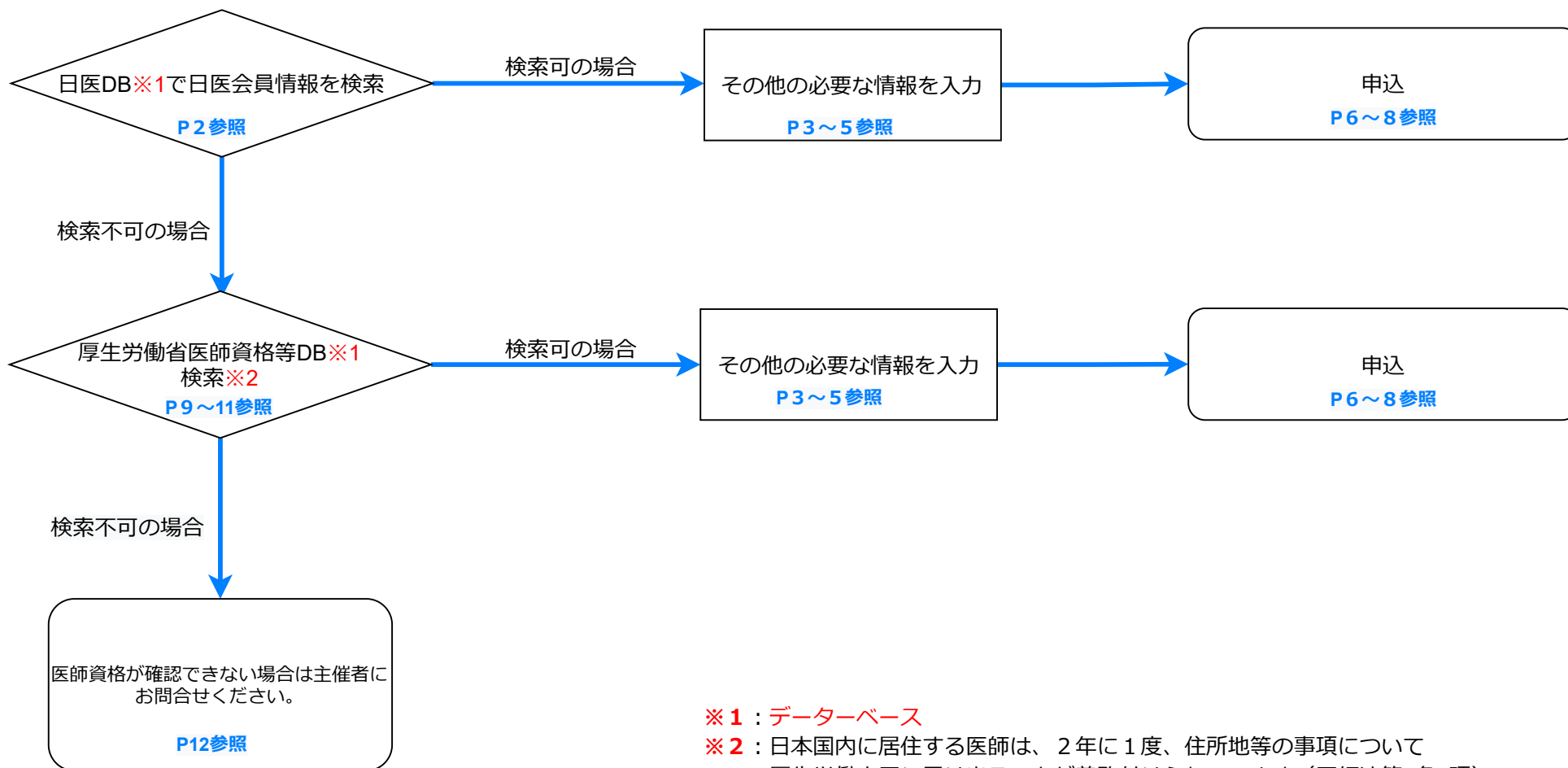


1. 医師資格の確認フロー

医師のみが受講可能な講習会については、以下の流れでデータベースを参照し、医師資格を確認します。
データベース情報に合致しない場合、検索できません。



※1：データベース

※2：日本国内に居住する医師は、2年に1度、住所地等の事項について厚生労働大臣に届け出ることが義務付けられています（医師法第6条3項）。医師資格確認検索システムはこの届出に基づいているため、届出を行っていないと検索できません。

2. 日本医師会DB検索

講習会の応募に際し、最初に日本医師会データベースより入力された医師情報を検索します。
日本医師会の会員・非会員にかかわらず、基本情報を入力してください。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会（Web講習会） 応募フォーム

最初に日本医師会データベースから会員情報を検索します。
会員・非会員にかかわらず、基本情報を入力してください。

医籍登録番号  **必須**

生年月日(西暦) **必須** 年 月 日生まれ

氏名カナ(全角) **必須**

日本医師会DB検索

問合せ | プライバシーポリシー | ヘルプ

Copyright © Japan Medical Association. All rights reserved.

医籍登録番号 **【必須】**

医籍登録番号を入力してください。

※医籍登録番号は、医師免許証に記載されている、
6桁または4桁の番号（例：第123456号）です。
4桁の場合は頭に00を付けず、4桁を入力してください。

生年月日（西暦） **【必須】**

生年月日を西暦にて入力してください。

氏名カナ（全角） **【必須】**

氏名を全角カナ文字で入力してください。

上記項目を入力後、**【日本医師会DB検索】** ボタンを押下してください。
入力された内容にて日本医師会DBを検索します。

3-1. 基本情報入力

前画面にて入力した情報にて日本医師会DBに登録があった場合に、さらに基本情報を入力ください。

「日本医師会データベースに情報がありませんでした。」と表示された場合は9ページに進んでください。

働き方研修会 応募フォーム

基本情報入力

日本医師会員 日本医師会員 非会員

医籍登録番号 999999

生年月日(西暦) 9999 年 99 月 99 日 生まれ

受講証明が発行される場合は、下記に入力した氏名が表記されます。

氏名(全角) **必須**

姓

名

氏名カナ(全角)

X X X X X X X

X X X X X X X

日本医師会会員ID

9999999999

性別 **必須**

男性 女性

電話番号 **必須**

000-1234-5678

認定医番号 **必須**

産業医

日本医師会員

日本医師会DB(以下、日医DB)検索の結果、日本医師会の会員の場合は日本医師会員にチェックされます。

日本医師会の非会員の場合は非会員にチェックされます。

医籍登録番号/生年月日

前画面にて入力された医籍登録/生年月日が表示されます。

氏名(全角) **[必須]**

氏名を全角漢字等を入力ください。

受講証明が発行される場合は、こちらに入力した氏名が発行されます。

氏名(カナ)/日本医師会員番号

日医DBに登録されている、氏名(カナ)と日本医師会員番号が表示されます。

性別 **[必須]**

性別を選択してください。

電話番号 **[必須]**

連絡先電話番号を入力してください。

認定医番号 **[必須]**

日本医師会認定産業医・認定健康スポーツ医の講習会で表示されます。

認定医番号を入力してください。

※左図は日本医師会認定産業医の場合

3-2. 基本情報入力

前画面に引き続き、[必須]項目を入力ください。

- 医師会所属
- 都道府県医師会及び郡市区医師会に所属
 - 郡市区医師会のみ所属
 - 所属していない(都道府県のみ選択してください)

埼玉県

大宮医師会

▶郡市区医師会が正しく表示されない場合は、こちらからお問合せください

書類等送付先

- 自宅 勤務先

〒 **必須**

 -

都道府県 **必須**

住所 (市区町村番地) **必須**

建物 (マンション等)

医師会所属

日医DB検索の結果、登録されている都道府県医師会、郡市区医師会情報です。

所属郡市区医師会が正しく表示されない場合は、[こちらからお問合せください](#)をクリックし、問い合わせフォームよりお問合せください。

書類等送付先

書類等の送付先情報を入力してください。

※書類送付先に勤務先を選択した場合は、勤務先医療機関名・部署名も入力ください。

3-3. 基本情報入力（ログインID,パスワード入力）

前画面に引き続き、ログインID（メールアドレス）、パスワードを入力してください。

※入力いただくパスワードは既存のものではなく、本システム用のパスワードを指定してください。

※既存の医師会関連ページとは関係なく、本システム用のログインID、パスワードをご指定ください。

ログインID(メールアドレス)

必須

ログインID (確認) 必須

パスワード(6文字以上) 必須

パスワード (確認) 必須

※パスワードは他のWebサイトで使っていない本研修システム専用のものを設定してください。

※同一パスワードを複数のWebサイトで使用した場合、1つのWebサイトでパスワードが漏洩しただけであっても、他のサービスに被害が及びますのでご注意ください。

確認

ログインID（メールアドレス）

講習会サイトにログインするためのログインID（メールアドレス）を指定してください。

指定されたメールアドレスがログインIDになります。

指定されたメールアドレスあてに登録情報が送信されます。

ログインID（確認）

上記で入力したログインID（メールアドレス）を再度入力してください。

パスワード

英数字半角6文字以上でパスワードを指定してください。

パスワード（確認）

上記で入力したパスワードを再度入力してください。

ログインID,パスワードを入力後 **【確認】** ボタンを押下してください。
入力内容を確認画面にすすみます。

4. 基本情報確認

前画面にて入力された内容の確認画面です。入力内容を確認し、プライバシーポリシーの確認に進んでください。

まだ登録は完了していません。

| | |
|-----------------|--------------|
| ログインID(メールアドレス) | e●●●●●●●●●● |
| パスワード | ***** |
| 決済金額 | 5,000 円 (税込) |
| 受講料金一覧 | |
| 日本医師会会員 | 1,000円 |
| 都道府県医師会までの会員 | 2,000円 |
| 郡市区医師会だけの会員 | 3,000円 |
| 医師会未加入医師 | 4,000円 |
| 他職種・その他対象 | 5,000円 |

ご自身の会員区分等と料金が異なる場合は、こちらからお問合せください。

お問合せ

※申し込みにはプライバシーポリシーへの同意が必要です。

プライバシーポリシーに同意して次へすすむ

入力画面に戻る

前画面にて入力された内容が表示されますので、内容をご確認いただき、入力内容に誤りがない場合は、**【プライバシーポリシーに同意して次へすすむ】**を押下し、プライバシーポリシーの確認画面に進んでください。

有料の講習会の場合は設定された決済金額と受講料金一覧が表示されます。決済金額がご自身の会員区分等と異なる場合は**【お問合せ】**より主催者にご連絡ください。

※プライバシーポリシー確認後、決済画面に進みます。

➡17ページ **12-1. 決済処理**を参照

※有料の講習会の場合でも、申込時に決済処理を行わず、後からメール等にて決済の案内が届く場合があります。その際はメール等の内容に従い、決済処理を行ってください。

入力内容に間違いがある場合は、**【入力画面に戻る】**を押下し、入力内容を訂正してください。

5. プライバシーポリシー確認

プライバシーポリシーの同意画面です。

個人情報の訂正等

本システムでは、御本人から、個人情報が真実でないという理由によって、内容の訂正、追加又は削除(以下「訂正等」といいます)を求められた場合には、他の法令の規定により特別の手続が定められている場合を除き、利用目的の達成に必要な範囲内において、遅滞なく必要な調査を行い、その結果に基づき、個人情報の内容の訂正等を行い、その旨御本人に通知します。

第 11 条

個人情報の利用停止等

本システムでは、御本人の個人情報が、あらかじめ公表された利用目的の範囲を超えて取り扱われているという理由、又は偽りその他不正の手段により取得されたものであるという理由により、その利用の停止又は消去(以下「利用停止等」といいます)を求められた場合には、遅滞なく必要な調査を行い、その結果に基づき、個人情報の利用停止等を行い、その旨御本人に通知します。ただし、個人情報の利用停止等に多額の費用を有する場合、その他利用停止等を行うことが困難な場合であって、御本人の権利利益を保護するために必要なこれに代わるべき措置をとれる場合は、この代替策を講じます。

第 12 条

理由の説明

本システムでは、御本人からの要求にもかかわらず、

- (1)利用目的を通知しない
- (2)個人情報の全部又は一部を開示しない
- (3)個人情報の利用停止等を行わない
- (4)個人情報の第三者提供を停止しない

のいずれかを決定する場合、その旨御本人に通知する際に理由を説明するよう努めます。

第 13 条

お問合せ

本ポリシーに関するお問合せは、下記担当までお願いいたします。

〒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

日本医師会Web研修システム担当

MAIL: jma-contact@seminar.med.or.jp

上記プライバシーポリシーに同意します

※同意される場合はチェックを入れてください。同意をもって本登録となります

プライバシーポリシーの内容をご確認いただき、同意の場合は、ページ最下部の「**プライバシーポリシーに同意します**」にチェックを入れてください。

同意にチェックを入力すると、**【申込み】** ボタンが表示されますので、申し込みの場合は**【申込み】** を押下ください。

※講習会の設定により顔写真登録が必須場合があります。その場合はプライバシーポリシー同意後に**【顔写真登録へすすむ】** ボタンが表示されますので、顔写真登録に進んでください。

➡ 13ページ**12. 顔写真登録**を参照
顔写真登録後に**【申込み】** ボタンが表示されます。

6. 応募登録完了

応募いただいた講習会の登録内容です。

日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会（Web講習会） 応募登録が完了いたしました。

■ 申込情報

- ・ ログインID(メールアドレス) : egawa@intermix.jp
- ・ パスワード : int000

■ 開催要項

- ・ 開催日時 : 2021年07月04日 13:00 ~ 16:20
- ・ 受付開始 : 2021年07月04日 12:10~
- ・ 主催 : 日本医師会
- ・ 受講URL : <http://dev.seminar.med.or.jp/Workshop/CourseDetail/175057>

※講習会当日は上記URLより受講ください。受付開始日時になると「ログイン」ボタンが表示されます。

※講習会の受講方法、ご質問など不明点がございましたら、下記FAQをご参照ください。

<https://seminar.med.or.jp/faq/>

※受講案内は登録されたメールアドレス宛にもお送りしております。あわせてご確認ください。

トップページへ戻る

登録した講習会の詳細内容です。

ログインID,パスワードは講習会当日のサイトへのログイン時に必要となりますので、必ず控えをとるようお願いします。

受講当日は、受講URLに記載のURLより受講してください。

なお、同一内容のメールをご指定のメールアドレス宛に送信いたしますので、メール内容をご確認ください。

※講習会の受講方法、その他ご質問・不明点などは下記FAQをご参照ください。

<https://seminar.med.or.jp/faq/>

7. 登録情報確認（日本医師会DBに情報なし）

「日本医師会DB検索」画面にて入力された情報が日本医師会DBに登録がありませんでした。
表示された内容を確認ください。

テスト研修会（働き方改革） 応募フォーム

日本医師会データベースに情報がありませんでした。

(1) 確認の上、誤りがあれば前に戻り修正してください。

医籍登録番号

●●●●●

生年月日(西暦)

●●●●●

年

●

月

●

日

生まれ

氏名カナ(全角)

●●●●●●●●

●●●●●●●●

戻る

(2) 誤りがなければ、以下のボタンを押してください。

誤りはありません

(1)
表示内容を確認の上、表示内容に誤りがあれば **【戻る】**
ボタンにて前画面に戻り再入力してください。

(2)
表示内容に誤りがなければ、 **【誤りはありません】** ボタンを
押下してください。

8. 厚生労働省 医師等資格確認検索

日本医師会会員でない場合、医師資格確認のため厚生労働省医師等資格確認データベースを検索します。

日本医師会会員でない場合、医師資格確認のための厚生労働省医師等資格確認検索データベースを検索します。以下の内容を入力し、検索してください。

医籍登録番号

生年月日(西暦) **必須** 年 月 日 生まれ

氏名カナ(全角) **必須**

氏名(全角漢字) **必須** 姓 名

医籍登録年月日(西暦) **必須** 年 月 日

性別 **必須** 男性 女性

前画面にて入力された医籍登録番号を基に厚生労働省のデータベースで医師等の資格を検索します。

医籍登録番号

前画面にて入力された医籍登録番号です。

誤りがある場合には「戻る」ボタンで前画面に戻り修正してください。

生年月日(西暦) **[必須]**

前画面にて入力された生年月日(西暦)が表示されます。

誤りがある場合には「戻る」ボタンで前画面に戻り修正してください。

氏名カナ(全角) **[必須]**

前画面にて入力された氏名カナが表示されます。

誤りがある場合には「戻る」ボタンで前画面に戻り修正してください。

氏名(全角漢字) **[必須]**

氏名を全角漢字等を入力してください。

医籍登録年月日(西暦) **[必須]**

医籍登録年月日(西暦)を入力してください。

性別 **[必須]**

性別を選択してください。

[厚生労働省 医師等資格確認検索]

厚生労働省のデータベースを検索し、医師資格等の確認をします。

※氏名に正字以外の字(例 「高」・「廣」など)を用いている医師等の検索は**異文字リスト**を参考に、対応する正字で検索することができます。
 また、対応する正字がない字(**外字リスト**)については、該当する字の箇所を「?」として検索することができます(例 厚? 太郎)。
 詳細は[厚生労働省医師資格確認検索ページ](#)を参照してください。

https://licenseif.mhlw.go.jp/search_isei/ssl/isekikakuninTop.jsp

9. 厚生労働省 医師等資格確認検索 結果（日本医師会非会員）

厚生労働省のデータベースを検索した結果を表示します。

基本情報入力

医師資格を確認できました。
以下、基本情報を確認・入力してください。

日本医師会員 日本医師会員 非会員

日本医師会の非会員として登録します。
日本医師会員の方はこちらからお問合せください。

[お問合せ](#)

医籍登録番号

●●●●●●●●

生年月日(西暦)

●●●●

年

●●

月

●●

日 生まれ

氏名は受講証明等の表記に利用しますので
必要があれば修正してください。

氏名(全角) 必須

松本

吉郎

氏名カナ(全角)

●●●●●●●●

●●●●●●●●

日本医師会員番号

●●●●●●●●●●●●●●●●

前画面にて入力された情報を基に厚生労働省のデータベースで医師等の資格を検索した結果を表示します。講習会の応募に際し、必要項目を入力してください。

日本医師会員

日本医師会の非会員として登録します。

日本医師会員であるにもかかわらず非会員と表示される場合は
【お問合せ】を押下し、メールフォームにてお問合せください。

その他の項目については3~5ページをご参照ください。

10. 厚生労働省 医師等資格確認検索 結果（厚生労働省データベース情報なし）

厚生労働省のデータベースを検索した結果、情報の確認がとれませんでした。



日医かかりつけ医機能研修制度 令和3年度応用研修会（Web講習会） 応募フォーム

一致するデータが見つかりませんでした。

戻る

最初から応募しなおす

お手数ですが以下より事務局までお問い合わせください

お問い合わせ

入力された情報で、厚生労働省データベースにて確認がとれませんでした。
入力内容に誤りがあった場合は【最初から応募しなおす】ボタンを押下し、最初から入力しなおしてください。

入力内容に間違いがない場合は【お問合せ】ボタンを押下し、
問い合わせフォームより事務局までお問い合わせください。

11-1. 顔写真登録

講習会の設定により本人確認が必須に設定されている場合があります。

ログインID(メールアドレス)

●●●●●●●●●●●●●●●●

パスワード

顔写真登録へすすむ

入力画面に戻る

本人確認が必須に設定されている講習会の場合、プライバシーポリシーに同意いただいた後に、**【顔写真登録へすすむ】** ボタンが表示されますので、押下して顔写真登録に進んでください。

【ご利用環境の確認】

本人確認が必須に設定されている講習会の場合は、以下の環境を確認して、申し込み、受講してください。

※「最新」とは、バージョンが最新であることを意味します。

「最新」でない場合は、アップデートしてください。

- ◆PC、タブレットにWebカメラが接続され、認識されていること
(内臓カメラも含む)。
- ◆PCの場合は、OSがWindows10(最新) またはMacOS(最新) であること。
- ◆タブレットの場合は、iOS(最新) またはAndroid(最新) であること。
- ◆ブラウザは、Windowsの場合Microsoft Edge(最新)
またはGoogle Chrome (最新) であること。
Mac,iPadの場合は、Safari(最新) であること。
Androidの場合は、Google Chrome (最新) であること。

11-2. カメラ使用許可

顔写真の撮影に際し、カメラの使用許可をする。

...inar.med.or.jp が次の許可を求めています

カメラを使用する

許可

ブロック

顔写真撮影画面に進む際に、カメラの使用許可ダイアログが表示される場合があります。

その場合は、カメラの使用を **【許可】** してください。

※ダイアログの表示内容はご利用のOS,ブラウザにより異なります。

11-3. 顔写真撮影

顔写真撮影画面です。

顔写真登録

顔認証で使用する顔写真を登録します。

以下の点に注意して顔写真を撮影してください。

- ◆ 枠内に顔全体が入っているか
- ◆ 顔全体が明るく映っているか
- ◆ マスクを身に着けていないか
- ◆ 帽子やサングラスを身に着けていないか
- ◆ 髪の毛が目にかかっているか
- ◆ 枠内に本人以外の顔が映っていないか



撮影

戻る

顔写真登録画面が表示されますので、以下の注意事項を確認のうえ、

【撮影】 ボタンにより顔写真を撮影してください。

- ◆ 枠内に顔全体が入っているか
- ◆ 顔全体が明るく映っているか
- ◆ マスクを身に着けていないか
- ◆ 帽子やサングラスを身に着けていないか
- ◆ 髪の毛が目にかかっているか
- ◆ 枠内に本人以外の顔が映っていないか

※カメラが接続できていない場合、この画面になります。
カメラの接続をご確認ください。

Windows10の場合

※カメラが正常に接続されている場合は、
カメラの映像が表示されます。

【撮影】 ボタンより顔写真を撮影してください。

11-4. 顔写真登録

顔写真を登録します。

顔写真登録

顔認証で使用する顔写真を登録します。

以下の点に注意して顔写真を撮影してください。

- ◆ 枠内に顔全体が入っているか
- ◆ 顔全体が明るく映っているか
- ◆ マスクを身に着けていないか
- ◆ 帽子やサングラスを身に着けていないか
- ◆ 髪の毛が目にかかっているか
- ◆ 枠内に本人以外の顔が映っていないか



前画面で撮影した写真が表示されます。

表示の写真で登録する場合は、**【この写真で登録】** ボタンにより顔写真を登録します。

表示された写真に問題がある場合は、**【再撮影】** ボタンにより顔写真を再度撮影してください。

登録される写真です。

再撮影

この写真で登録

【この写真で登録】 ボタンにより顔写真を登録します。

【再撮影】 ボタンより、再度最初から写真を撮り直してください。

戻る

11-5. 顔写真再撮影

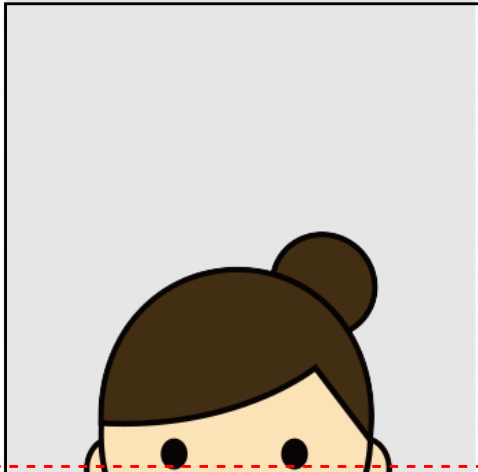
顔写真の登録時に顔写真の品質が悪い場合再撮影画面になります。

顔写真登録

顔認証で使用する顔写真を登録します。

以下の点に注意して顔写真を撮影してください。

- ◆ 枠内に顔全体が入っているか
- ◆ 顔全体が明るく映っているか
- ◆ マスクを身に着けていないか
- ◆ 帽子やサングラスを身に着けていないか
- ◆ 髪の毛が目にかかっていないか
- ◆ 枠内に本人以外の顔が映っていないか



顔が認識できません。顔の写った画像で再実行してください(04)

再撮影

戻る

前画面で登録指定した写真が本人認証の品質上問題がある場合、再撮影画面になります。エラー内容を確認のうえ **【再撮影】** ボタンより顔写真を再度撮影、登録してください。

エラー内容を確認ください。

【再撮影】 ボタンより、再度最初から写真を撮り直してください。

12-1. 決済処理

有料の講習会の場合は、クレジット決済画面が表示されますので、必要事項を入力し、決済処理を進めてください。



| 商品番号 | 商品名 | 価格 |
|-------|-------------------|----------------|
| 80011 | 日本医師会 課金機能テスト 講習会 | 5,000円 |
| 合計 | | 5,000 円 |

クレジットカード情報を入力してください

利用可能ブランド



カード番号 (必須) 例) 1234567890123456 (半角数字のみ)

有効期限 (必須) 01 / 2022

セキュリティコード (必須) 例) 123 (半角数字のみ) [※セキュリティコード確認方法](#)

カード名義 (名) (必須) 例) TARO (半角英数のみ)

カード名義 (姓) (必須) 例) YAMADA (半角英数のみ)

クレジットカード情報を入力し、**【次へ】** ボタンにて決済処理を進めてください。

お客様情報を入力してください

電話番号 (必須) ●●●●●●●●●●●●●●

メールアドレス (必須) ●●●●●●●●●●●●●●

次へ

上記の合計金額がお客様が入力されたクレジットカードに請求されます。
また、お客様のクレジットカードご利用には「【DEMO】株式会社時事通信社」と記載されます。
ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。
kaneko@intermix.jp
09053265031

12-2. 決済画面（入力内容確認）

前画面にて入力したカード決済情報を表示します。確認のうえ決済実行してください。



| 商品番号 | 商品名 | 価格 |
|-------|-------------------|------------|
| 80011 | 日本医師会 課金機能テスト 講習会 | 5,000円 |
| | | 合計 5,000 円 |

クレジットカード情報

カード番号 999****9999
有効期限 99月99年
カード名義（名） ●●●●●●●●●●●●●●●●
カード名義（姓） ●●●●●●●●●●●●●●●●

お客様情報

電話番号 ●●●●●●●●●●●●●●●●
メールアドレス ●●●●●●●●●●●●●●●●

決済実行

決済情報入力画面へ戻る

前画面にて入力したクレジットカード情報です。問題がなければ【**決済実行**】ボタンにて決済処理を確定してください。

決済情報に誤りがない場合は【**決済実行**】ボタンより決済処理を確定してください。

決済情報に誤りがある場合は、【**決済情報入力画面へ戻る**】ボタンにより再度、カード情報を入力してください。