



Medical Association Member Information System

MAMIS操作マニュアル (ログインから利用者登録まで)

2024年12月

公益社団法人日本医師会
情報システム課会員情報室

Ver1.2

1) ログイン画面（共通）からログインまたは利用者登録をします

※会員の初回ログインは「ID・パスワード通知ハガキ」を確認のうえ入力してください

①ログインID・パスワードを入力し「**ログイン**」をクリック

②**未登録の方**
(医師会未入会の医師)
はこちらから

※ハガキが見当たらないなど
ご不明な点は[TEL:0120-110-030](tel:0120-110-030)

または[お問合せフォーム](#)まで
お問い合わせください

※**パスワードの再設定方法**
はP16,17で説明しています

2) MAMISの利用規約に関する同意（医師・会員）をします

The screenshot shows the '利用者登録' (User Registration) page. It includes a title, a brief description of MAMIS, and a section for user eligibility. The main part of the page is a scrollable area containing the '利用規約' (Terms and Conditions). At the bottom of this scrollable area, there is a checkbox labeled '利用規約・個人情報の取り扱いに同意する' (I agree to the terms and conditions and the handling of personal information). This checkbox is highlighted with a red box. Below the checkbox is a '次へ' (Next) button.

※初回ログイン時は、
“MAMISの利用規約”の画面に遷移します

③利用規約を全てご確認のうえ
“**利用規約に同意する**”にチェック☑をして
「**チェック**」をクリック

※利用者登録画面は**医師・会員のみ**になります
事務局はログインすると事務局TOPへ遷移します

3) メールアドレスの入力をします

The screenshot shows the 'MAMIS 医師会 会員情報システム' (MAMIS Medical Association Member Information System) interface. The page title is '利用者登録 メールアドレスの入力' (User Registration Email Address Input). The form contains two input fields for email addresses, both marked as '必須' (Required). The first field contains 'example@mail.com' with a note '(半角英数字・記号 100文字以内)'. The second field contains the instruction '確認のため再度ご入力ください' (Please re-enter for confirmation) with the same note. Below the form, a message states: '入力いただきましたメールアドレスに「メールアドレス登録のご案内」をお送りいたしますので、24時間以内に登録手続きを完了してください。' (We will send you a 'Email Address Registration Guide' to the email address you entered, so please complete the registration process within 24 hours). At the bottom, there are two buttons: '送信する' (Send) and '戻る' (Back). The '送信する' button is highlighted with a red box.

④メールアドレスを入力（2回）

⑤「送信する」をクリック

4) メールが届いているかを確認します

利用者登録

確認メール送信完了

ご入力いただいたメールアドレスに確認メールを送信しました。

お手続きはまだ完了していません。

確認メールに記載のURLから登録手続きを行ってください。

URLの有効期限は送信後24時間です。

<1時間経過しても確認メールが届かない場合>

- ・ご入力いただいたメールアドレスに誤りがある可能性があります。もう一度ご入力ください。
- ・ドメイン指定受信で「mamis.med.or.jp」からのメールを受信できるように設定してください。

ログインページに戻る

⑥ 「ログインページに戻る」
をクリック

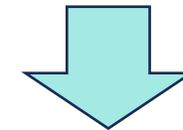


⑦ 登録したメールアドレスに
メールが届いているか確認

5) メールの内容を確認してURLをクリックします



⑧メールの内容を確認のうえ
URLをクリック



利用者登録画面に遷移します

6) ログイン情報・利用者登録情報の入力を行います

利用登録
ログイン情報・利用者登録情報の入力

必須項目

⑨ 「必須項目」をすべて入力

必須項目

※必須項目内で一つでも入力漏れがある場合
登録できません

⑨ 「必須項目」をすべて入力

※必須項目内で一つでも入力漏れがある場合
登録できません

利用者登録 ログイン情報・利用者登録情報の入力

ログイン情報	<p>ログインID</p> <p>必須 <input type="text" value="*****"/></p> <p><small>(半角英数字・記号8文字以上、32文字以内) ※使用できる記号 !@%&#</small></p> <p>パスワードは、半角英字・数字・記号の3種類すべてを使用し、8文字以上で登録してください。 ※使用できる記号 !@%&#</p> <p>パスワード <input type="password" value="*****"/> <input type="checkbox"/> パスワードを表示</p> <p>必須</p>
医籍登録番号	<p>必須 第 <input type="text" value="999999"/> 号 ㊦</p> <p><small>(半角数字6文字)</small></p> <p>下記のサイトから医籍登録番号を確認の うえ、ご入力ください。 https://licenseif.mhlw.go.jp/search_isei/ ㊦</p>
医籍登録日	<p>必須 <input type="text" value="19**/**/**"/> ㊦</p> <p><small>(半角入力)</small></p>

項目・注意事項を確認のうえ
必要な情報をすべて入力

※初期ログインID、パスワードをお持ちの
会員ご本人が初回ログインをした場合
ログインID・パスワードを変更が**必須**となります

ログインID:
半角英数字・記号8文字以上、32文字以内
(使用できる記号: ! @ % & #)

パスワード:
半角英字・数字・記号の3種類すべてを使用し
8文字以上で登録

医籍登録番号: 半角数字6文字

医籍登録日: 半角入力

MAMIS 医師会 会員情報システム

氏名	セイ (フリガナ)	メイ (フリガナ)
	<input type="text" value="ニチイ"/> <small>(全角カタカナ64文字以内)</small>	<input type="text" value="タロウ"/> <small>(全角カタカナ64文字以内)</small>
旧姓・旧名	姓	名
	<input type="text" value="日医"/> <small>(全角32文字以内)</small>	<input type="text" value="太郎"/> <small>(全角32文字以内)</small>
	旧姓 (フリガナ)	旧名 (フリガナ)
	<input type="text" value="●●●"/> <small>(全角カタカナ64文字以内)</small>	<input type="text" value="●●●"/> <small>(全角カタカナ64文字以内)</small>
自宅現住所	郵便番号	都道府県
	<input type="text" value="113-8621"/> <small>(半角数字7文字とハイフン)</small>	<input type="text" value="東京都"/>
	住所 番地まで	
<input type="text" value="文京区本駒込2-28-16"/>		

項目・注意事項を確認のうえ
必要な情報をすべて入力

氏名(セイ(フリガナ)メイ(フリガナ) :
全角カタカナ64文字以内

氏名(姓 名) : 全角カタカナ32文字以内

旧姓・旧名
(旧姓(フリガナ)旧名(フリガナ) : 全角カタカナ64文字以内

旧姓・旧名(旧姓 旧名) : 全角カタカナ32文字以内

自宅現住所(郵便番号) : 半角数字7文字とハイフン

自宅現住所(都道府県) : ▼ から選択

自宅現住所(住所 番地まで) : 全角/半角50文字以内

MAMIS 医師会 会員情報システム

		<input type="text" value="00000000000000000000"/> (全角/半角50文字以内)	
TEL	必須	携帯電話番号 <input type="text" value="090-0000-0000"/> (半角15文字以内、ハイフンあり)	TEL (固定電話がある場合は入力) <input type="text" value="03-3946-2121"/> (半角15文字以内、ハイフンあり)
FAX		<input type="text" value="00-0000-0000"/> (半角15文字以内、ハイフンあり)	
生年月日	必須	<input type="text" value="19**/**/**"/> (半角入力)	
性別		<input type="text" value="男"/>	
診療科名: 主たる科名	必須	<input type="button" value="選択"/> <input type="text" value="01内科"/>	
診療科名: 担当する科名		<input type="button" value="選択"/> <input type="text"/>	
	必須	<input type="text" value="00000000大学"/> <input type="text" value="医学部"/>	

項目・注意事項を確認のうえ
必要な情報をすべて入力

TEL(携帯電話番号) : 半角15文字以内、ハイフンあり

固定電話がある場合は入力 : 半角15文字以内、ハイフンあり

FAX : 半角15文字以内、ハイフンあり

生年月日 : 半角入力またはカレンダーより選ぶ

性別 : ▼から選ぶ

診療科名:主たる科名 : より選ぶ

診療科名:担当する科名 : より選ぶ

項目・注意事項を確認のうえ
必要な情報をすべて入力

医師会 会員情報システム	出身校	<p>※ (部分一致) 大学名の一部を入力してください (全角入力)</p> <p>上欄に登録がない出身校の場合は、大学名を入力してください</p> <input type="text" value="*****"/> 医学部 <small>(全角30文字以内)</small>
	卒業年月	<p>必須</p> <input type="text" value="19**/**/**"/> <small>(半角入力)</small>
	大学院	<p>大学名</p> <input type="text" value="○○○○○○○大学"/> <p>※ (部分一致) 大学名の一部を入力してください (全角入力)</p> <p>学部・学科名等名称</p> <input type="text" value="○○○学部*****学科"/> <small>(全角100文字以内)</small>
	大学院修了年月	<input type="text" value="—年—月"/> <small>(半角入力)</small>
	学位取得年月 (博士号)	<input type="text" value="—年—月"/> <small>(半角入力)</small>

出身校：
大学名(部分一致)の一部を入力(全角入力)してください

上欄に登録がない出身校の場合：
全角30文字以内大学名を入力してください

卒業年月：
半角入力またはカレンダーより選ぶ

大学院(大学名)：
(部分一致)大学名の一部を入力してください(全角入力)

大学院(学部・学科名等名称)：
全角100文字以内

大学院修了年月：
半角入力またはカレンダーから選ぶ

学位取得年月(博士号)：
半角入力またはカレンダーから選ぶ

MAMIS 医師会
会員情報システム

大学院修了年月	<input type="text" value="---年--月"/> (半角入力)
学位取得年月 (博士号)	<input type="text" value="---年--月"/> (半角入力)
所属学会	<p>日本医学会分科会等の名称</p> <input type="text" value="●●科"/> + <p>選択してください</p> <ul style="list-style-type: none">●●○×科学会 <p>※ (部分一致) 所属学会名の一部を入力してください (全角入力)</p> <p>上欄に登録がない所属学会は、以下に入力してください</p> <input type="text" value="入力してください"/> (全角20文字以内)

項目・注意事項を確認のうえ
必要な情報をすべて入力

所属学会(日本医学会分科会等の名称) :
(部分一致)所属学会名の一部を入力してください(全角入力)
(上欄に登録がない所属学会は、
以下に全角20文字以内で入力してください)

項目・注意事項を確認のうえ
必要な情報をすべて入力

⑩ 「確認画面へ進む」をクリック

MAMIS 医師会
会員情報システム

大学院修了年月
---年--月
(半角入力)

学位取得年月
(博士号)
---年--月
(半角入力)

所属学会

日本医学会分科会等の名称
○×学会 +
※ (部分一致) 所属学会名の一部を入力してください (全角入力)

上欄に登録がない所属学会は、以下に入力してください
入力してください +
(全角20文字以内)

確認画面へ進む

ログインページに戻る

7) 入力内容を確認のうえ登録をします

MAMIS 医師会
会員情報システム

利用者登録
入力内容の確認

入力内容をご確認ください。

ログインID	*****
医師登録番号	*****
医師登録日	*****
氏名	ニチイ タロウ 日医 太郎
旧姓・旧名	
自宅郵便住所	113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
TEL	携帯電話番号 TEL 03-3946-2121
FAX	
生年月日	19**/**/**
性別	男
診療科名：主たる科名	内科
診療科名：担当する科名	
出身校	<input type="checkbox"/> 大学
卒業年月	19**/**/**
大学院	
大学院修了年月	
学位取得年月（博士号）	
所属学会	<input type="checkbox"/> 学会

登録する

戻る

⑪入力内容を確認のうえ、
修正等がなければ「**登録する**」をクリック

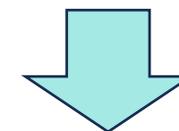
7) 入力内容を確認のうえ登録をします

⑫「ログインページに戻る」
をクリックして終了

8) 登録完了メールが届いているかを確認します



⑬登録したメールアドレスに
登録完了メールが届いているか確認



これで登録完了になります

⚠ パスワードを忘れた場合の再設定方法①



⚠ パスワードを忘れた場合の再設定方法②



以上、ログインから利用者登録までの流れになります

MAMIS

Medical Association Member Information System

医師会会員情報システム

