



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10月

公益社団法人日本医師会
情報システム課会員情報室

Ver1.0



ログイン

ログインID

パスワード パスワードを表示

ログインする

[ログインIDをお忘れの方はこちら →](#)
[パスワードをお忘れの方はこちら →](#)

未登録の方はこちら

利用者登録

システム管理者からのお知らせ

- 2024.10.30 日本医師会からのお知らせ
医師会会員情報システムMAMISを公開しました。
- 2024.10.30 日本医師会からのお知らせ
MAMISマニュアルを公開しました。
こちらから (<https://member-sys.info>)
- 2024.10.30 システム停止のお知らせ
MAMISへのデータ取込み作業のため、以下の期間システムを停

日本医師会 Japan Medical Association

[お問合せフォーム](#)

[日本医師会個人情報保護について](#)

Copyright© Japan Medical Association. All rights reserved.

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

ログインID、パスワードを入力し [ログイン]

未登録（医師会未入会の医師）の方は、こちらから

MAMIS 医師会
会員情報システム

利用者登録

MAMIS（医師会 会員情報システム：Medical Association Member Information System）は、全国の医師が利用できる、医師会の入退会・異動等の手続きを行うための共通ウェブシステムです。

■ご利用いただける方
日本の医師免許をお持ちの医師が対象です。

利用規約・個人情報の取り扱いについてをご確認のうえ、「利用規約・個人情報の取り扱いに同意する」チェックボックスにチェック☑を入れてください。

医師会会員情報システム(MAMIS（マミス）：Medical Association Member Information System) 利用規約
2024年9月27日

本規約は、公益社団法人日本医師会（以下「本会」と、本会が提供する医師会会員情報システム(MAMIS（マミス）：Medical Association Member Information System)に関するサービス（以下「本サービス」）を利用する本会会員、都道府県医師会会員、郡市区医師会会員、職域医師会会員（大学医師会会員を含む）、地区医師会会員（なお、本会、都道府県医師会、郡市区医師会、職域医師会（大学医師会を含む）、地区医師会を総称して、以下「各医師会」）、各医師会の定める事務担当者、各医師会が運営する研修会の参加者・運営者並びに日本医学会・医学会分科会関係者（以下、本サービス利用者を総称して「利用者」との間に於ける本サービスの利用に関する規約（以下

必須 利用規約・個人情報の取り扱いに同意する

次へ

日本医師会
Japan Medical Association

お問合せフォーム

日本医師会個人情報保護について

Copyright© Japan Medical Association

初回ログイン時は、「MAMISの利用規約」の画面に遷移



「利用規約に同意する」に☑チェックして
[次へ]

※利用者登録画面は医師・会員のみ
事務局はログインすると事務局TOPへ遷移

利用者登録

メールアドレスの入力

メールアドレス

必須
(半角英数字・記号 100文字以内)

必須
(半角英数字・記号 100文字以内)

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。

送信する

戻る

メールアドレスを入力



「送信する」をクリック



登録したメールアドレスに
確認のメールが届く

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

「ログインページに戻る」を
クリックし終了



登録したメールアドレスに
メールが届いているか確認

【MAMIS】利用者登録のご確認



noreply@mamis.med.or.jp
宛先 ***** @po.med.or.jp

返信 全員に返信 転送 ...

2024/10/29 (火) 9:37

医師会会員情報システム【MAMIS】の利用者登録をご検討いただき、誠にありがとうございます。

利用者登録の手続きはまだ完了していません。

以下の URL をクリックし、必要情報を入力し、利用者登録手続きを完了してください。

※このサイトは医師を対象としております。

※URL の有効期間は配信されてから 24 時間です。

URL

https://mamis.med.or.jp/register/inquiry/?uuid=KgBiQkSrdPcGSA7pGv110CTonIKVD3Wffcl3bP_7igWcWSDPZfMd_BP-F4tUYb3&loginId=JmKmNnj4HRJu0gGvSzwjw==

なお、このメールの内容に覚えのない方は、お手数ですが破棄いただきますようお願い申し上げます。

本メールについてのお問い合わせ先：

日本医師会 MAMIS お問合せ窓口

TEL 0120-110-030 ※ 受付時間 年末年始を除く平日 10:00-18:00

MAIL inquiry@mamis.med.or.jp

よくあるご質問はこちら

<https://member-sys.info/faq/>

Copyright© Japan Medical Association. All rights reserved.

メールの内容を確認のうえ、
URLをクリック



利用者登録へ

MAMIS 医師会 会員情報システム

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ID	必須	*****	※半角英数字・記号 8文字以上、32文字以内 ※使用できる記号 %!@#&# ログインIDの形式が正しくありません。
パスワード	必須	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 !@%&# <input type="checkbox"/> パスワードを表示 パスワードの形式が正しくありません。
医籍登録番号	必須	第 ***** 号	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://license.mhlw.go.jp/search.html
医籍登録日	必須	19**/**/****	(半角入力)
氏名	必須	セイ (フリガナ) ニチイ	メイ (フリガナ) タロウ
	必須	姓 日医	名 太郎
旧姓・旧名	必須	旧姓 (フリガナ) ●●●	旧名 (フリガナ) タロウ
	必須	旧姓 ●●●	旧名 ●●●
自宅現住所	必須	郵便番号 113-8621	都道府県 東京都
	必須	住所 番地まで 文京区本町3-28-16	建物名、部屋番号など 〇〇ビル00階00号室

TEL	必須	090-0000-0000	TEL (固定電話番号がある場合は入力)	03-3946-2121
FAX		090-0000-0000		
生年月日	必須	19**/**/****		
性別		男		
診療科名: または科名	必須	選択		内科
診療科名: 担当する科名	必須	選択		
出身校	必須	〇×大学		医学部
卒業年月	必須	19**/**/****		医学部
大学院		〇〇〇〇〇〇大学		医学部
大学院修了年月		—年—月		医学部
学位取得年月 (博士号)		—年—月		医学部
所属学会		日本医学会分科会等の名称 〇〇大学 医学部 大学院		
		入力してください		

確認画面へ進む

ログインページに戻る

登録に必要な情報をすべて入力

“必須”項目をすべて入力しないと登録できません

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>(半角英数字・記号 8文字以上、32文字以内) ※使用できる記号 !@%&# ログインIDの形式が正しくありません。</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="checkbox"/> パスワードを表示</p> <p>必須 <input type="text" value="*****"/></p> <p>パスワードの形式が正しくありません。</p>
医籍登録番号	<p>必須 第 <input type="text" value="*****"/> 号 ^① 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> <p>(半角数字6文字)</p>
医籍登録日	<p>必須 <input type="text" value="19**/**/**"/> </p> <p>(半角入力)</p>

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)	<input type="text" value="ニチイ"/> <small>(全角カタカナ64文字以内)</small>	メイ (フリガナ)	<input type="text" value="タロウ"/> <small>(全角カタカナ64文字以内)</small>
	姓	<input type="text" value="日医"/> <small>(全角32文字以内)</small>	名	<input type="text" value="タロウ"/> <small>(全角32文字以内)</small>
旧姓・旧名	旧姓 (フリガナ)	<input type="text" value="●●●"/> <small>(全角カタカナ64文字以内)</small>	旧名 (フリガナ)	<input type="text" value="●●●"/> <small>(全角カタカナ64文字以内)</small>
	旧姓	<input type="text" value="●●●"/> <small>(全角32文字以内)</small>	旧名	<input type="text" value="●●●"/> <small>(全角32文字以内)</small>
<input type="checkbox"/> 送付物の宛名に旧姓・旧名を使用する (旧名が空欄の場合は旧姓のみ使用)				
自宅現住所	郵便番号	<input type="text" value="113-8621"/> <small>(半角数字7文字とハイフン)</small>	都道府県	<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

		〇〇〇七〇〇〇〇〇〇号室 (全角/半角50文字以内)
TEL	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>携帯電話番号</p> <p>必須 <input type="text" value="090-0000-0000"/></p> <p>(半角15文字以内、ハイフンあり)</p> </div> <div> <p>TEL (固定電話がある場合は入力)</p> <p><input type="text" value="03-3946-2121"/></p> <p>(半角15文字以内、ハイフンあり)</p> </div> </div>	
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	<p>必須 <input type="text" value="19**/**/**"/> </p> <p>(半角入力)</p>	
性別	<input type="text" value="男"/>	
診療科名: 主たる科名	<p>必須 <input type="button" value="選択"/> <input type="text" value="01内科"/></p>	
診療科名: 担当する科名	<input type="button" value="選択"/> <input type="text"/>	
	<input type="text" value="〇〇〇〇〇〇〇〇大学"/>	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

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> <p>***** JIMARUUUJ 医学部</p> <p>（全角30文字以内）</p>
卒業年月	<p>必須 19**/**/** 1967年03月 </p> <p>（半角入力）</p>
大学院	<p>大学名</p> <p>○○○○○○○大学</p> <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> <p>○○○学部*****学科</p> <p>（全角100文字以内）</p>
大学院修了年月	<p>----年--月 </p> <p>（半角入力）</p>
学位取得年月 (博士号)	<p>----年--月 </p> <p>（半角入力）</p>

項目、注意事項を確認のうえ、
 必要な情報をすべて入力

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="●●学会"/>  <p>選択してください</p> <input type="text" value="○×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

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	日本医学会分科会等の名称 <input type="text" value="〇×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 <input type="text" value="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

項目、注意事項を確認のうえ、
必要な情報をすべて入力



「確認画面へ進む」をクリック

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	mamis001	
医籍登録番号	*****	
医籍登録日	*****	
氏名	ニチイ タロウ 日医 太郎	
旧姓・旧名		
自宅現住所	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="radio"/> 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="radio"/> 学会	

登録する

戻る

入力内容を確認のうえ、
修正等がなければ
「登録する」ボタンを
クリック

利用者登録

利用者登録が完了しました。

この度はご登録いただき誠にありがとうございます。ご入力いただいたメールアドレス・パスワードを使用して、ログインページよりログインしてください。

ご入力いただいたメールアドレスに確認メール（自動送信）をお送りしています。

<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

「ログインページに戻る」を
クリックし終了





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

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

