申請日　　　　年　　月　　日

申請者名

　　　　 　　　　　　　　　　　　㊞

失効する電子証明書の発行更新申請書に押印した印と同じ印で押印して下さい

**Medicertified　個人者証明書 失効 申請書**

以下のとおり、Medicertifiedサービス　電子証明書の失効を申請します

◆同意事項のチェックボックスにチェックを入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| **同意事項** | □　利用申込同意事項を熟読し以下の事項について同意します |
| ・個人情報の取り扱い 　 　・証明書所有者の義務 |

◆失効する証明書の情報を記載してください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **サービス区分** | | □　Type‐S □　Type‐V |
| **有効期間の開始日** | | 年　　　　月　　　　日 |
| **CN（Common Name）** | **(名) First Name** |  |
| **(姓) Last Name** |  |
| **証明書記載メールアドレス** | |  |
| **OU (Company Name)** | |  |
| **OU (Title)** | |  |
| **SN（ShortCompanyName）** | |  |

◆失効情報

|  |  |
| --- | --- |
| **失効理由** |  |
| **失効日** | * 即日 |
| * 指定　（　　　年　　　月　　　日 以降） |

◆連絡先（失効申請に関する窓口となっている方の連絡先を記載してください）

|  |  |
| --- | --- |
| **会　社　名** |  |
| **所属部署・役職** |  |
| **所　在　地** | 〒 |
| **氏　　名** |  |
| **ふりがな** |  |
| **連絡先メールアドレス** |  |
| **電話番号** |  |