申請日　　　　年　　月　　日

　申請者名（申請日時点での法人代表者名を記載して下さい）

　　　　 　　　　　　　　　　　　㊞

法人の印鑑証明書の印で押印して下さい

**Medicertified法人代表者証明書 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

◆同意される場合は、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 |
| **OU (Company Name)** |  |
| **OU (Title)** |  |
| **CN（Common Name）** |  |
| **FQDNまたはIPアドレス**（※） |  |
| **SN（ShortCompanyName）**（※） |  |

（※）「FQDNまたはIPアドレス」と「SN（ShortCompanyName）」は該当がない場合は空欄としてください

◆失効情報

|  |  |
| --- | --- |
| **失効理由** | □ 法人代表者交代のため　□ 企業名称変更のため □その他　理由： |
| **失効日** | * 即日
 |
| * 指定　（　　　年　　　月　　　日 以降）
 |

失効日について

即日：認証局が失効申請書を受領後、失効処理を行います。　　指定：指定された日時以降の5営業日以内に失効処理を行います。

失効日を指定した場合：この申請書を提出後に指定日の変更を希望する場合は指定日前にメール等でご連絡ください。

◆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** |  |
| **所　在　地** |  |
| **氏　　名** |  |
| **ふりがな** |  |
| **連絡先メールアドレス** |  |
| **電話番号** |  |