申請日　　　　年　　月　　日

Medicertifiedサービス管理者　殿

　　　　　申請者名

　　　　　　　　　　　　㊞

**個人証明書(Type-S)発行更新 申請書**

◆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 |

◆該当する項目をチェックしてください

|  |  |
| --- | --- |
| **提出を省略する書類** | 下記の書類は過去5年以内に提出済みであり変更がないため今回の提出は省略します  □ 住民票 または 戸籍謄(抄)本　□ 印鑑登録証(対面による代理人申請時のみ) |

◆証明書情報（証明書情報の使用可能文字をご確認の上、記載して下さい　日本語表記はできません）

お願い： 1(数字)と l(ｴﾙ)は判別が難しいため、イチ・エルのフリガナを記載してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SN**（ShortCompanyName）  末尾の3桁に識別番号が入ります | 使用可能文字：半角英数字 －(ハイフン)　　　※ スペースは使用できません | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | \* | \* | \* |
| **CN**（CommonName）  **64文字以下** | 使用可能文字：半角英数字 半角スペース －(ハイフン) ．(ドッド) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **証明書記載メールアドレス** |  | | | | | | | | | | | | | |

◆連絡先（申請者ご本人の連絡先を記載して下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |  |

◆郵送先情報（郵送申請の場合のみご記載ください）

（注）本人限定受取郵便(書留)で発送します。必ず申請者ご本人が受け取ることのできるご住所を指定して下さい。また、郵便局の保管期限内(約10日間)に必ずお受け取りください。

お受け取りの際には、郵便局が指定する本人確認書類のご提示が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| **□　連絡先と同一** | **□　連絡先と異なる(ご自宅など)→下記に記載して下さい** |
| **所　在　地** | 〒 |
| **氏　　名**  **（申請者以外を指定できません）** |  |
| **電話番号** |  |