申請日　　　　年　　月　　日

Medicertifiedサービス管理者　殿

申請者名　　　　 　　　　　　　　　　　　㊞

法人の印鑑証明書の印で押印して下さい

**法人代表者証明書(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 |
| □ 法人の登記事項証明書　□ 法人の印鑑登録証　□ 定款 |
| **資本金額** | □ 100億円以上　　□ 10～100億円　　□ 10億円未満 |

◆証明書情報（電子証明書発行対象者情報）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

　使用可能文字：半角英数字 半角スペース -(ﾊｲﾌﾝ) .(ﾄﾞｯﾄ) （　）(かっこ/閉じかっこ)　　**『，(ｶﾝﾏ)』『 &(ｱﾝﾄﾞ)』は使用不可**

文字数の制限：OU(CompanyName)とOU(Title)の合計が64字以内です

| **OU（Company Name）** |  |
| --- | --- |
| **OU（Title）** |  |
| **CN（Common Name）** |  |
| **証明書記載メールアドレス** |  |

◆連絡先(申請担当者)

|  |  |
| --- | --- |
| **会　社　名** |  |
| **所属部署** |  |
| **所　在　地** | 〒 |
| **氏　　名** |  |
| **フリガナ** |  |
| **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、申請者または委任状で委任されている代理人の宛先をご記載ください。本人限定受取郵便(書留)で発送します。必ず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(下記に記載して下さい) |
| **所　在　地**  勤務先の場合は会社名・所属部署等も記載してください | * 勤務先　　□　自宅 |
| 〒 |
| **氏　　名** |  |
| **電話番号** |  |