

医師資格証 利用中止届

私は、現在有効な日本医師会医師資格証の利用中止を希望します。

- ・『医師資格証』を同封して返却します。
- ・日本医師会電子認証センターホームページに掲載の『日本医師会認証局運用規程(CPS)』及び、『日本医師会医師資格証電子証明書サービス 利用規約』に同意します。
- ・本利用中止届をもって、医師資格証に格納された電子証明書及びHPKIセカンド電子証明書が失効されることに同意します。

必ず、医師資格証を同封してください。(紛失等で同封できない場合は、紛失届も併せて提出してください。)

*必須項目

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 申請日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

医師資格証のカードID カード券面にあるIDを記載してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| カードID* | J | M | A | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

① 中止届者(加入者本人)

※外国人で英字等を使用する場合は、英字で記入

| | | | |
|------------------------|--------|---|------------------------------|
| 加入者氏名* (医師資格証券面の氏名) | 漢字(自署) | 姓 | 名 |
| 医籍登録番号* | 第 | 号 | (ミドルネーム、旧姓、通称名等、必要な場合はここに記入) |

② 連絡先情報 電子認証センターから本申請書に関するご連絡先

| | | | | |
|---------|---|------------|-------|-------|
| 連絡先住所* | 〒 | 都 道 府 県 | (組織名) | (部署名) |
| 電話番号* | - | - | | |
| メールアドレス | | | @ | |

③ 医師資格証の利用中止事由(電子証明書の失効)

| | |
|-----------------|--|
| 簡単に 記入ください。* | |
|-----------------|--|

④ 医師資格証の返却

| | |
|--|--|
| 以下のいずれかに✓* | |
| <input type="checkbox"/> 医師資格証を同封して返却します。 (医師資格証を同封してください。) | <input type="checkbox"/> 医師資格証を紛失のため、紛失届を同封します。 (紛失届を同封してください。) |