

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、または 後日返却します。
- ・『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が失効されることに同意します。
- ・(日医非会員の方のみ) 次年の年間利用料の請求を中止してください。

***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*	-	-	FAX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。	<input type="checkbox"/> 後日、医師資格証を返却します。
(医師資格証を同封してください。)	

◆ 電子認証センター使用欄

受付日付	
確認者* (氏名自署)	