

日本薬剤師会認証局 HPKI電子証明書 発行申請書

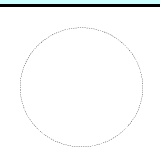
◆団体記入欄

***必須項目**

私は以下の内容を確認し、日本薬剤師会認証局に電子署名・認証用のHPKIカードを申し込みます。
 ・『日本薬剤師会認証局運用規程(CPS)』及び『日本薬剤師会認証局利用規約』に同意します。
 ・「氏名(ローマ字)」、「薬剤師名簿登録番号」が電子証明書に記載されることに同意します。

団体登録番号			

① 申請日	年 月 日	※更新の場合は、お手持ちの電子証明書の証明書IDを必ずご記入ください。											
申請区分*	<input type="checkbox"/> A. 新規発行 <input type="checkbox"/> B. 更新発行	証明書ID	JPAC										

② 申請者登録情報												
氏名*	フリガナ*	セイ	メイ	印章欄*								
フリガナをへボン式 ローマ字に変換して 証明書に記載します	漢字*	姓	名									
生年月日*	明治 大正 昭和 平成	年	月									
住所*	〒 都道府県											
住民票記載住所												
薬剤師名簿登録番号*	第	号	日本薬剤師会会員番号									

③ カード発行情報												
暗証番号*	※ICカードを利用するための暗証番号です。4桁の数字をご記入ください。											
カード送付先住所 (対面による交付の場合 は未記入) 宛名は申請者様宛と なります	<input type="checkbox"/> 申請者住民票記載住所(②)と同じ <input type="checkbox"/> 対面による交付 〒 都道府県 (組織名) (部署名)											

④ 連絡先情報												
認証局から本申請書に関するご連絡、証明書使用期限切れのお知らせ等のご連絡先												
連絡先住所*	<input type="checkbox"/> 申請者住民票記載住所(②)と同じ <input type="checkbox"/> カード送付先住所(③)と同じ 〒 都道府県 (組織名) (部署名)											
電話番号*	-	-	FAX番号	-	-							
メールアドレス カード発行に重要なお知らせ にのみ使用します	@											

⑤ SSOセンタ利用有無												
日本医師会SSOセンタを利用しない場合は下記にチェックして下さい。チェックがない場合は利用するものと判断します。												
<input type="checkbox"/> 日本医師会SSOセンタを利用しない (地域連携等多職種連携で利用する際には、日本医師会SSOセンタの利用が前提となります)												

◆ 認証局使用欄												
受付番号		申請書番号										