

[FAX送信用紙]

宛先: 大学病院医療情報ネットワーク(UMIN)事務局

FAX 03-5689-0726 または 03-5684-7531

Email gakkai@umin.ac.jp (下記内容をメールでお送りいただいても結構です。)

◆申請者情報(必ずご記入願います。)

| | | |
|---------------|--------|--|
| ふりがな 依頼者氏名 | | |
| 依頼者の所属先 | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |
| | FAX番号 | |
| | E-MAIL | |

◆学会情報(必ずご記入願います。)

| | |
|-----------------|--------------------------------------|
| ふりがな 学会名(和名) | |
| 記載内容変更の有無 | 1. あり 2. なし 3. 掲載停止 (どちらかに○をつけてください) |

| | |
|------------|--|
| UMIN 学会 ID | |
|------------|--|

UMIN学会IDは、貴団体ページ左上に記載されております。

以下は既に掲載済みの学会は変更事項のみご記入願います。
掲載済みの情報の削除を希望される場合は、「削除」とご記入願います。

| | |
|----------------------|---|
| 学会名(英名) | |
| 学会住所 | 〒 |
| 電話番号 | (例) 01-2345-6789(内1234) |
| FAX番号 | (例) 01-2345-6789(内1234) |
| 法人格の有無 | 1. なし 2. 財団法人 3. 社団法人 4. 中間法人 5. NPO、 6. 一般社団法人 7. その他 _____ |
| 法人格認定年 | 法人格認定年 [明治、大正、昭和、平成] ____ 年(該当に○をお願いします) |
| 学会設立年 | [1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成] ____ 年 |
| 日本医学会・日本 歯科医学会加盟年 | 1. 未加盟 2. 加盟年 ([明治、大正、昭和、平成] ____ 年) |

以下は既に掲載済みの学会は変更事項のみご記入願います。
 掲載済みの情報の削除を希望される場合は、「削除」とご記入願います。

| | | | | |
|--|-----------------------------|------------|-------------|--------------------------|
| 教育・生涯教育活動 | | | | |
| 認定・専門医制度等 (複数登録可能) | 名 称 | | 制度開設期日 | |
| | | | [1.昭和 2.平成] | ____年 |
| | | | [1.昭和 2.平成] | ____年 |
| | | | [1.昭和 2.平成] | ____年 |
| | | | [1.昭和 2.平成] | ____年 |
| | | | [1.昭和 2.平成] | ____年 |
| 診療ガイドラインも しくはその入手法の案 内等 URL: 診療ガイド ラインが複数ある場合は、そ のリストを表示したURL の記入をお願いします。 名称: 診療ガイド ラインが複数ある場合は、す べてご記入ください | 1.あり | | 2.なし | |
| | URL: http:// | | | |
| | 診療ガイドライン名称 | | | |
| 電子メールアドレス | (ない場合は「なし」とご記入ください) | | | |
| ホームページURL | http:// (ない場合は「なし」とご記入ください) | | | |
| コメント | | | | |
| 代表者氏名1 (2名まで) | 氏名 | 勤務先名称 | 勤務先職名 | 学会役職名 |
| | | | | |
| 代表者氏名2 | | | | |
| 事務局責任者氏名 (1名) | | | | |
| 会員数 | 総数 _____ 名 | | | |
| 会費 | 年間 _____ 円 | | | |
| 機関誌 | 機関誌名(2つまで可) | 年間発行 回数 | 発行 部数 | 年間購読料 |
| | | | | 1.会費に含む 2. _____ 円/年間 |
| | | | | 1.会費に含む 2. _____ 円/年間 |