

[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](mailto: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(内容確認等でご連絡する事がありますので、E-MAIL欄は必ずご記入ください)

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(学会名は必ずご記入ください)

ふりがな 学会名(和名) ※必須	
記載内容変更の有無	1. あり 2. なし 3. 新規登録 4. 掲載停止 (○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 西暦 ____ 年 (該当に○をお願いします)
学会設立年	西暦 ____ 年
日本医学会・日本 歯科医学会加盟年	1. 未加盟 2. 加盟年 (西暦 ____ 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	
			西暦	_____年
			西暦	_____年
			西暦	_____年
			西暦	_____年
			西暦	_____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	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				
会員数	総数 _____人 ( 追記事項 )			
会費	年間 _____円 ( 追記事項 )			
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