

本書を印刷し、ご署名・本人確認書類添付の上、UMINセンター【FAX 03-5689-0726】へご提出ください。

(通信困難な場合は FAX:03-5684-7531 へお送りください)


本書を UMIN センターに提出しないと申請は完了いたしません。

FAX 番号を間違えないようにくれぐれもご注意ください。誤送先に迷惑になるとともに個人情報に繋がります。

郵送の場合→〒113-8655 東京都文京区本郷 7-3-1 東京大学医学部附属病院内 大学病院医療情報ネットワーク(UMIN)センター 宛て

【所属変更申請書】

下記の UMIN ID(メールアドレス)の所属変更を申請致します。

申請番号	
申請日	
UMIN ID	
申請書氏名【右欄へ自署必須】	【本人署名】必ずご本人様にご署名ください。
【本人確認材料】 ※(1)は申請者本人の身分証のコピーの添付です。 ※(2)は貴企業の代表者、責任者にあたる第三者の署名・印です。 ※証明書には現住所の記載は必要ございません。 個人情報の保護には最大限努力しておりますが、ご心配な方へは住所の記載されていない身分証明書のコピーの添付を推奨いたします。	下記(1)(2)の 両方 が必須です (1) 運転免許証、保険証、その他公的機関から発行された身分証明書の <u>いずれか1つ</u> ※マイナンバーカードは除きます (2) 【代表者・責任者の署名・捺印】 
企業名	
連絡担当者勤務先	
連絡担当者の申請した常勤の勤務先	
連絡担当者勤務先住所	
連絡担当者勤務先電話番号	
連絡先メールアドレス	
上記以外のご本人と連絡可能な連絡先	〒
	Tel:
	Email: