

パスワード更新申請書（再印刷用）

ご署名・申請者本人確認書類添付の上、ご提出をお願いいたします。

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。

※3 か月以内にご提出の確認がとれなかった申請は、自動却下となります。

[申請書アップロード](#) (スキャンや写真 画像などのデータ送信)

FAX(03-5689-0726)

郵送(〒113-8655 東京都文京区本郷 7-3-1 東京大学医学部付属病院内 大学病院 医療情報ネットワーク(UMIN)センター)

※郵送につきましては、新型コロナウイルス等により配達が行えないなどの恐れがあるため推奨いたしません。

大学病院医療情報ネットワーク（UMIN）運営委員長殿

UMIN ID のパスワード更新申請をお願い致します。

申請番号	
申請日	西暦 年 月 日
UMIN ID	
氏名	必ずご本人様にご署名ください
生年月日	
【本人確認書類等】 ※ 役職者の場合は、(2)~(4)の写しを添付してください。 ※ 学生・医療職員は(2)を優先選択してください。 ※ 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。 ※ マイナンバーカードは除きます。	いずれか1つ 必須です。 (1) 【上司・教員氏名署名・捺印】 _____ 印 (2) 【学生証】【職員証】等公的機関から発行された身分証明書 (3) 運転免許証 (4) 保険証 ※ 「保険者番号」「被保険者等記号・番号・枝番」「QRコード」はマスキングしてください
過去の勤務先（通学先）名	ID 取得時の所属先と現在の所属と異なる場合、旧連絡先を確認するため
勤務先（通学先）名	教室/学科/科/課名など詳細にご記入ください
勤務先住所	学部学生の場合は自宅住所
連絡先	Tel _____ Fax _____ Mail _____
ご所属学会名：学会員番号	