団体代表メールアドレス（UMIN ID） 新規登録申請書（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。

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)

大学病院医療情報ネットワーク（UMIN）運営委員長殿

団体代表メールアドレス（UMIN ID）の新規登録をお願い致します。

申請番号	
申請時利用 UMIN ID	
申請日	西暦　　年　　月　　日
UMIN ID	
団体名（正式名称）	
連絡担当者 氏名	必ずご本人様が署名願います（電子署名不可）
代表者 氏名	必ずご本人様が署名・捺印願います（電子署名不可） 印
連絡担当者所属先	施設名 住　所　〒 連絡先　Tel：　　Fax： Mail：
開催期間/継続利用希望	
UMIN HP への掲載	□ UMIN の HP 上にホームページ・メールアドレスを記載する URL： メールアドレス　□記載する　□記載しない □ UMIN の HP 上にホームページとメールアドレスは記載しない