

## 重複登録解消(不要個人用 UMIN ID 削除)申請書

FAX : 03-5689-0726

**【注意】 統合完了のお知らせは『継続希望 UMIN ID@umin.ac.jp』宛に送信されます。**

大学病院医療情報ネットワーク運営委員長 殿

個人用 UMIN ID を重複取得しているため、下記の解消（削除）を申請致します。

継続希望 UMIN ID (必須)	— (記入例 umin-tky)
削除希望 UMIN ID (必須)	— (記入例 umin2-tky)
削除希望 UMIN ID ※2 つ以上ある場合 <sup>①</sup>	— —
ご本人氏名 (必須)	<b>ご署名 必ずご本人様にご署名ください</b> (印)
ご本人 生年月日 (必須)	大正・昭和・平成 年 (西暦 年) 月 日
医籍番号 (医師・歯科医のかた)	( 医師 / 歯科医 ) 対象に○を付けてください 医籍番号 :
本人証明 (必須) ※ご本人様を証明するため一つ以上必要となります  (御本人がお役職についておられる場合は印鑑をお願いいたします。)	A 上司 <sup>②</sup> または教員の署名と印 署名 : (印)  B ご本人を証明できる書類 ※個人情報保護には、最大限努力しておりますが、申請には現住所は必要ありませんので、万が一のため、住所の記載されていない身分証明証（「(a)職員証」、「(b)学生証」、「(c)パスポート」等）による申請を推奨いたします。 (a)職員証、(b)学生証、(c)パスポート、(d)運転免許証、(e)保険証 (f)その他 ( ) 該当するものに○を付けてください
継続希望 UMIN ID のパスワード更新 ※希望項目に○を付けてください。 <sup>③</sup>  <b>【注意】</b> ご本人様が設定されたパスワードは無効となります！ UMIN センターでランダムに設定したパスワードを郵送通知致します。	パスワード更新を ( 希望する / 希望しない ) ※パスワード通知は書面による郵送でお届けとなります。 ※必ず受け取ることができる住所をご記入ください。 〒 — ご自宅または勤務先住所 :  ご所属 (機関名称・科・部署等) :  電話番号 :
ご連絡の取れる 電子メールアドレス (必須) <sup>④</sup>	
所属学会名 : 学会番号 (過去に所属の学会を含む)	

① 原則 1 人 1 つとなります。

② 教授・部長・科長・課長等

③ ○が無い場合はパスワードの更新をいたしません。

④ ご申請に不備があった場合に、こちらのメールにご連絡いたします。