


## UMIN IDのパスワード更新申請書(在UMIN登録担当者機関 所属者用)

大学病院医療情報ネットワーク(UMIN)運営委員長殿

UMIN IDのパスワード更新をお願い致します。

申請日	年 月 日
登録済 UMIN ID パスワード更新対象となる、ご記憶の登録済IDをご入力下さい。 不明な場合は、空欄でもかまいません。	(記入例:umin-taro)
申請者の氏名とよみがな 【右欄へ自署必須】	<b>【本人署名】必ず申請者ご本人様にご署名ください</b>  よみがな
生年月日	西暦 年(大正・昭和・平成・令和 年) 月 日 <b>本人確認のため必ずご記入ください。</b>
<b>【本人確認材料】</b>  ※(1)の上司とは、教授・部長・課長等です。  ※(2)～(4)はコピーの添付です。  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。	<b>下記のいずれか1つのみ必須です</b> <b>※学生・医療職員は(2)を優先選択してください</b> (1) <b>【上司・教員氏名署名・捺印】</b>    (2) <b>【学生証】【職員証】</b> 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 <small>「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</small> <b>※マイナンバーカードは除きます</b>
勤務先(通学先)名・教室/学科/科/課名 <b>詳細にご記入願います。</b>	
勤務先住所 <b>学部学生の場合は自宅住所</b>	
勤務先電話番号 <b>学部学生の場合は自宅電話番号</b>	〒
勤務先FAX番号 <b>学部学生の場合は自宅FAX番号</b>	
過去に所属したことのある 勤務先(通学先)名・教室/学科/科/課名 <b>UMIN 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連絡が参りますので 必ずご記入願います。</b>	
ご所属学会名: 学会員番号 (学会からの団体一括登録の場合がございます) <b>ご本人確認のため必ずご記入下さい。</b>	
連絡先メールアドレス	