

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】	【本人署名】必ず申請者ご本人様にご署名ください よみがな
生年月日	西暦 年(大正・昭和・平成・令和 年) 月 日 本人確認のため必ずご記入ください。
【本人確認材料】 ※(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。	下記の いずれか1つ のみ必須です ※学生・医療職員は(2)を優先選択してください (1)【上司・教員氏名署名・捺印】 <div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">印</div> (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 <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> ※マイナンバーカードは除きます
勤務先(通学先)名・教室/学科/科/課名 詳細にご記入願います。	
勤務先住所 学部学生の場合は自宅住所	
勤務先電話番号 学部学生の場合は自宅電話番号	〒
勤務先FAX番号 学部学生の場合は自宅FAX番号	
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 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。	
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) ご本人確認のため必ずご記入下さい。	
連絡先メールアドレス	