

## 更新許可権限付与申請書

本申請書のご提出にあたり下記の点をご留意ください。

- 登録者退職等特殊な事情により、臨床試験登録情報の変更ができなくなった場合のみ、本申請書をご利用ください。
- 不正な申請を避けるため、UMIN センターよりご確認の電話またはメールを差し上げることがございます。あらかじめ承知おきください。
- 責任を明確にするため、必ず申請者ご本人が署名・捺印ください。
- 貴試験の責任研究者の署名・捺印も必須となっております。
- 臨床試験責任研究者氏名が登録時と異なる場合は、現在の臨床試験責任研究者氏名の署名と印でご申請ください。
- 更新許可権限付与のご申請には UMIN ID をお持ちである必要がございます。UMIN ID をお持ちでない場合は、まず新規で UMIN ID をご取得いただき、発行された UMIN ID でご申請ください。  
※未登録（発行前）UMIN ID の場合は却下となります。

### UMIN ID 新規利用申請

下記 URL 「UMIN ID ・パスワードのご案内」画面よりご取得ください。

<http://www.umin.ac.jp/id/>

- ご記入の文字が読めない場合は、申請書の再度提出をお願いする場合がございます。あらかじめ承知おきください。
- 本申請書のご提出方法は、FAX または郵送でお願い申し上げます。誠に申し訳ございませんが、メールでのご申請はお断りしております。

## 更新許可権限付与申請書

下記項目は全て必須です。FAX または郵送にてご送付ください。

(※1 枚目の留意点をよくお読みの上、ご申請ください。)

FAX	03-5689-0726
郵送	〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1 東京大学医学部附属病院 管理研究棟 4階 UMIN センター CTR 担当者 宛

大学病院医療情報ネットワーク (UMIN) 運営委員長殿

下記試験への更新許可権限付与を申請します。

試験名 (試験 ID 番号)	(試験 ID 番号 : )
権限付与希望 UMIN ID	
申請者の氏名	署名 印
申請者の所属先名	
申請者の所属先住所	〒
本申請の確認が取れる電話番号	
申請者の電子メールアドレス ※完了案内をこちら宛に通知します	
臨床試験責任研究者氏名	署名 印
申請理由	
特記事項	