

所属変更申請書

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。

※3 か月以内にご提出の確認がとれなかった申請は、自動却下となります。

[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)

※郵送につきましては、新型コロナウイルス等により配達が行えないなどの恐れがあるため推奨いたしません。

大学病院医療情報ネットワーク (UMIN) 運営委員長殿

下記の UMIN ID (メールアドレス) の所属変更を申請致します。

申請番号	
申請日	西暦 年 月 日
UMIN ID	
申請者 署名	必ずご本人様にご署名してください _____
【本人確認書類等】 ※ ①②両方必須 ※ 証明書には現住所の記載は必要ございません。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。 ※ マイナンバーカードは除きます。	① 申請者本人の身分証の写し、いずれか1つ ・運転免許証 ・保険証 ※「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 ・その他公的機関から発行された身分証明書
	② 代表者、責任者にあたる第三者の代表者・責任者の署名・捺印 _____ 印
企業名	
連絡担当者所属先	施設名 住 所 〒 連絡先 Tel : Fax : Mail :
申請した常勤の勤務先	
上記以外の連絡可能な連絡先	施設名 住 所 〒 連絡先 Tel : Fax : Mail :