

UMIN ID 削除申請書（個人用）

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)

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 の削除を申請致します。

申請日 (必須)	西暦 年 月 日
削除希望 UMIN ID (必須)	
氏名 (必須)	必ず本人様が署名・捺印願います（電子署名不可） 印
生年月日 (必須)	西暦 年 月 日
メールアドレス (必須)	
本人確認書類 (必須)	提出いただいた本人確認書類は責任をもって作業完了後にデータを破棄させていただきますので、 下記などの公的機関より発行されている身分証明書を 1 点 提出してください。 ●学生証・職員証 ●運転免許証 ●保険証資格確認書 ●マイナンバーカード などの申請者本人であることが確認できるものを本申請書と一緒に提出願います。 (注) 「マイナンバー」「保険者番号」「被保険者等記号・番号・枝番」「QR コード」などの 特定の記号・番号が認識できる箇所はマスキングしてから提出してください。
申請者所属先 (必須)	名称 住所 連絡先 Tel : (Fax)
・過去の所属先 ・医籍番号 ・所属学会(会員番号) など	
削除理由 (必須)	
特記事項	