

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 東京大学医学部附属病院内 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。

FAX 番号を間違えないようにご注意ください。誤送先に迷惑になると共に、個人情報漏洩につながります。

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)	
申請者 署名 (必須)	署名・捺印 (必ず本人様が直筆にてお願いします。電子署名は不可) 印
生年月日 (必須)	西暦 年 月 日
メールアドレス (必須)	
身分証明書 (必須) ※マイナンバーカードは除きます	申請者ご本人の身分証明書等コピーを同時にお送りください (いずれかに○) (a)職員証 (b)学生証 (c)運転免許証 (d)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 (e)その他 ()
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)等	
削除理由 (必須)	
特記事項	