

第三者による UMIN ID（個人用）削除申請書

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（メールアドレス）を取得者の代行人として削除申請致します。

申請日（必須）	西暦 年 月 日
削除希望 UMIN ID（必須）	
UMIN ID 所持者 氏名（必須）	
UMIN ID 所持者 生年月日（必須）	西暦 年 月 日
所持者所属先など（必須） ※わかる範囲で結構です。	

削除申請者 署名（必須）	ご署名・捺印してください 印
上司 署名（必須）	教授・部長・科長・課長のご署名・ご捺印 (職名) 印
削除申請者所属先（必須）	名 称 住 所 〒 連絡先 Tel : (Fax) Mail :
削除理由（必須）	「退職」の場合は本申請書では受理できませんので、ご本人による削除申請をお願いします <input type="checkbox"/> 本人の逝去 <input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項	