

# UMIN ID 削除申請書（団体代表・委託企業用・臨床試験登録(CTR)企業用）

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。

※削除完了の通知はございません。

## 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 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) |   |
| 管理責任者 署名 (必須)     | 部局等の責任者をご署名・捺印してください<br>印                 |
| 申請者 署名 (必須)       | ご本人様をご署名・捺印してください<br>印                    |
| 申請者所属先 (必須)       | 団体名<br>住 所 〒<br>連絡先 Tel : (Fax)<br>Mail : |
| 削除理由 (必須)         |   |
| 特記事項              |   |