

# 重複登録解消(不要個人用 UMIN ID 削除)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。

**【注意】** 統合完了通知は『継続希望 UMIN ID@umin.ac.jp』宛に送信されます。

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。

## 大学病院医療情報ネットワーク運営委員長 殿

個人用 UMIN ID を重複取得しているため、下記の解消(削除)を申請致します。

継続希望 UMIN ID (必須)	—	(記入例 umin-tky)
削除希望 UMIN ID (必須)	—	(記入例 umin2-tky)
削除希望 UMIN ID ※2 つ以上ある場合	— —	
ご本人氏名 (必須)	<b>必ずご本人様にご署名ください</b>  印	
ご本人 生年月日 (必須)	西暦	年 (大正・昭和・平成・令和) 年) 月 日
医籍番号 (医師・歯科医のかた)	( 医師 / 歯科医 ) 対象に○を付けてください 医籍番号 :	
<b>【本人確認書類等】 (必須)</b> ※ 役職者の場合は、(2)~(4)の写しを添付してください。 ※ 学生・医療職員は(2)を優先選択してください。 ※ 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。	<b>いずれか1つ</b> 必須です。 ※学生・医療職員は(2)を優先選択してください (1) 【上司・教員氏名署名・捺印】  印 (2) 【学生証】 【職員証】 等公的機関から発行された身分証明書 (3) 運転免許証 (4) 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	
メールアドレス (必須)		
所属学会名：学会番号 (過去に所属の学会を含む)		