

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	— —
氏名 (必須)	必ずご本人様が署名願います (電子署名不可) <div>印</div>
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)	<p>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。</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none">●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 <p>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。</p> <hr/> <p>(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。</p>
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	
特記事項	