臨床試験登録（CTR）企業用 UMIN ID 新規登録申請書（再印刷用）

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。
本書をUMINセンターに提出しないと申請は完了いたしません。

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（UMIN）運営委員長殿
臨床試験登録（CTR）企業用 UMIN ID の新規登録をお願い致します。

申請番号	
申請日	西暦　　年　　月　　日
UMIN ID	
企業名（正式名称）	
連絡担当者　氏名	必ずご本人様が署名願います（電子署名不可）
代表者　氏名	必ず本人様が署名・捺印願います（電子署名不可） 印
連絡担当者本人確認書類 ※　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添付を推奨いたします。	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。 --- **●運転免許証** **●保険証資格確認書** **●マイナンバーカード** 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。 --- （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。
連絡担当者勤務先	勤務先名 住　所　〒 連絡先　Tel： Fax： Mail：