

# 団体代表メールアドレス (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。

※3 か月以内にご提出の確認がとれなかった申請は、自動却下となります。

[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 (UMIN) 運営委員長殿

団体代表メールアドレス (UMIN ID) の新規登録をお願い致します。

申請番号	
申請時利用 UMIN ID	
申請日	西暦 年 月 日
UMIN ID	
団体名 (正式名称)	
団体 (学会等) 代表者 氏名	
連絡担当者 氏名	必ず連絡担当者ご本人様が署名・捺印下さい
団体代表者・責任者 氏名	団体代表者・重要責任者で、連絡担当者とは異なる第三者が署名・捺印してください 印
連絡担当者所属先 ※学部学生の場合は自宅住所記載	施設名 住 所 〒 連絡先 Tel : Fax : Mail :
開催期間/継続利用希望	
UMIN HP への掲載	<input type="checkbox"/> UMIN の HP 上にホームページ・メールアドレスを記載する URL : メールアドレス <input type="checkbox"/> 記載する <input type="checkbox"/> 記載しない  <input type="checkbox"/> UMIN の HP 上にホームページとメールアドレスは記載しない