

本書を印刷し、ご署名の上、本人確認材料と共に下記送付先にFAXまたは郵送にてご提出ください。
本申請書が未提出の場合、申請は保留となります。

UMIN ID取得後に所属変更があった方で、登録情報の更新が未完了の方は国立大学側でパスワード更新は行えません。
その場合は、[こちら](#)からパスワード更新を行ってください。

送付先	申請書は、必要項目を御確認の上、下記までご送付ください。 滋賀医科大学 医学部附属病院 クオリティマネジメント課医療情報係 TEL: 077-548-2525 FAX: 077-548-2527
-----	--

【UMIN ID パスワード更新申請書】

全ての項目を入力してください。

申請日	西暦 年 月 日
登録済 UMIN ID ※ご不明な場合は空欄で結構です。	
申請者氏名・よみがな	【本人署名】必ずご本人様にご署名ください。
	よみがな
生年月日	西暦 年 月 日
【本人確認材料】 ※ (1)の上司とは、教授・部長・課長等です。 ご自身が上司・教員の立場にある場合には、(2)～(4)のいずれかを提出してください。 ※ (2)～(4)はコピーを提出してください。 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ご提出を推奨いたします。	下記の いずれか1つ を提出してください。 ※学生・医療職員は(2)を優先選択してください。 (1) 【上司・教員氏名署名・捺印】 <div style="text-align: right;">印</div> <hr/> (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) ※マイナンバーカードは除きます。
勤務(通学)先名・教室/学科/科/課名 詳細にご記入ください。	
勤務先住所 学部学生の場合は自宅住所	
勤務先電話番号 学部学生の場合は自宅電話番号	
勤務先FAX 学部学生の場合は自宅FAX	
過去に所属したことのある勤務(通学)先名・教室/ 学科/科/課名 UMIN ID取得時の所属先と現在の所属が異なる場 合、旧連絡先を確認するため連絡が参ります。	
ご所属学会名:学会員番号	
連絡先メールアドレス	

【特記事項】 至急等ございましたらご記入ください。