

送信先 FAX:075-366-7663

JAR UMIN 施設追加／削除申込書

申込年月日： 年 月 日

施設追加、施設削除のどちらかの項目に記入

施設追加

所属施設以外の下記施設での症例の登録を希望します。

項目		記入欄
UMIN ID		
氏名		
追加施設	施設 ID	
	施設名	

※追加施設の許可を得て、申請してください。

※追加した施設の症例登録の必要がなくなった時は、施設削除の申請をしてください。

施設削除

施設追加申請している下記施設の取り消しを申請します。

項目		記入欄
UMIN ID		
氏名		
追加施設	施設 ID	
	施設名	

※施設削除を行うと、その施設の症例登録はできなくなりますが、所属施設の症例登録は可能です。