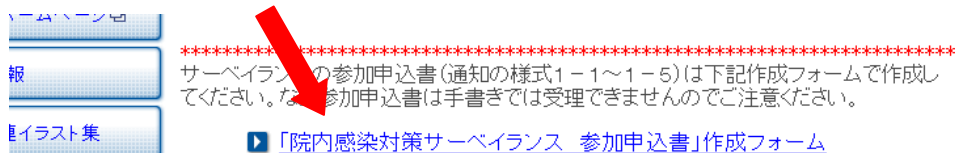


## 作成フォームを使用した参加申込書作成方法

- ① JANIS ホームページの左側にある「参加・脱退について」をクリック
- ② 「参加医療機関募集のお知らせ」に記されている「参加医療機関の案内」をクリック
- ③ サイト内の「院内感染対策サーベイランス 参加申込書作成フォーム」をクリック



[作成フォームを使用した参加申込書作成方法\(PDF:193KB\)](#)

### 参加申込書の提出手順

- 上記参加申込書作成フォームより、必要事項を入力し参加申込書を印刷します。
- 印刷した参加申込書の内容を確認し、病院長印を押印します。
- 参加申込書を所属自治体担当者宛てに提出します。
- **締め切りは自治体により異なります**ので、所属自治体の担当者までご確認をお願いします。

\*\*\*\*\*

- ④ 参加作成フォームの入力画面に移りますので各種項目を入力してください。**\*必須**は必ず入力してください。

### 参加申込書作成フォーム

下記のフォームにご入力の上、[確認]ボタンをクリックしてください。  
データ確認のため、一時的にセンターのサーバー内に記録が保持されます。  
これらのデータは参加登録以外の用途には用いることはありません。

医療機関コード	JANISに既に参加している場合は、医療機関コード(数字5桁)を入力してください。 <input type="text"/>
医療機関名 <b>* 必須</b>	<input type="text"/>
病院長名 <b>* 必須</b>	<input type="text"/>
参加部門 <b>* 必須</b>	複数部門の参加の申込みをされる場合は、参加部門毎に申込書を作成してください。 <input type="radio"/> 検査部門 <input type="radio"/> 全入院患者部門 <input type="radio"/> 手術部位感染(SSD)部門 <input type="radio"/> 集中治療室(ICU)部門 <input type="radio"/> 新生児集中治療室(NICU)部門
病床数 <b>* 必須</b>	病院内のすべての病床の合計数を入力してください。 <input type="text"/> 床
所在地 <b>* 必須</b>	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 住所 <input type="text"/>
サーベイランス 責任者 <b>* 必須</b>	氏名 <input type="text"/> 氏名(ふりがな) <input type="text"/> 所属 <input type="text"/> 職名 <input type="text"/> 連絡先:E-mail <input type="text"/> 連絡先:電話 <input type="text"/>

JANIS へ参加履歴のある医療機関は、JANIS から付与された医療機関コードを入力してください。  
不明の場合は空欄のままにしてください。

責任者・担当者のメールアドレスは間違いのないように正確に入力してください。  
全角文字や「.」の連続など、不適切な場合にはエラーとなります。

原則医療機関の名称と参加部門は公開ですが、非公開を希望する場合にはその理由を記載した「医療機関名非公表にかかわる理由書（様式 1—6）」の提出が必要になります。下記の手順で作成、提出してください。

- (1) 「公表を希望しない」を選択
  - (2) 「医療機関名非公表にかかわる理由書（様式 1—6）」をクリックすると PDF の理由書がダウンロードできますので、印刷し必要事項を記載してください。
  - (3) 印刷した参加申込書と合わせて各都道府県の担当者に提出してください。
- ⑤ 入力し終わったら「確認」ボタンをクリックし内容を確認してください。

医療機関  
参加部門の公表  
\*必須

・参加医療機関の名称、参加部門は原則として公表します。  
・万が一公表を希望しない場合にのみ、「公表を希望しない」を選択し、  
「医療機関名非公表にかかわる理由書」(様式1-6)も合わせて送付してください。

公表を希望する  
 公表を希望しない

④- (2)

ホームページURL  
ホームページをお持ちの医療機関は入力してください。  
https://\*\*\*\*@\*\*.\*

⑤

入力内容をクリアする場合[リセット]ボタンをクリックしてください。

確認      リセット

- ⑥ 内容が正しければ「印刷」をクリックしてください。

6. 医療機関名・参加部門の公表

公表を希望しない

(参加医療機関の名称及び参加部門は原則として公表いたします。やむを得ない事由により公表を希望しない時は口内をチェックし、「医療機関名非公表にかかわる理由書」(様式1-6)を添付してください。)

7. ホームページURL      http://\*\*\*\*\*@\*\*\*\*\*

管理番号:20140804174901

⑥

入力内容を修正する場合は[戻る]ボタンをクリックしてください。

印刷      戻る

**!!! 印刷しただけでは、参加登録されません!!!**

※印刷ダイアログが出たら、プリンターを選択し、「印刷」ボタンをクリックしてください

- ⑦ 印刷された参加申込書をご確認の上、病院長印を押印し各都道府県の担当者に提出してください。