

(様式 1-1 検査部門)

平成 29 年 月 日

厚生労働省健康局結核感染症課長 殿

医療機関名  
病院長名

印

院内感染対策サーベイランス 検査部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス検査部門へ平成 30 年 1 月からの参加を希望し、  
下記の事項を登録いたします。

記

1. 医療機関名：  
(医療機関コード： )
2. 病床数：
3. 所在地：(〒 — )
4. 検査部門サーベイランス 責任者  
氏名  
所属  
職名  
連絡先：E-mail  
電話
5. 検査部門サーベイランス 実務担当者  
氏名  
所属  
職名  
連絡先：E-mail  
電話
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□内に✓印を記入し、「医療機関名非公表に関わる理由書」(様式 1-6)を添付してください。)

7. ホームページ URL

以上

参加申込書は、手書きでは受付しておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、病院長印を押印の上、都道府県担当者宛てにご郵送ください。

<https://www.nih-janis.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-2 全入院患者部門)

平成 29 年 月 日

厚生労働省健康局結核感染症課長 殿

医療機関名  
病院長名

印

院内感染対策サーベイランス 全入院患者部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス全入院患者部門へ平成 30 年 1 月からの参加を希望し、下記の事項を登録いたします。

記

1. 医療機関名 :  
(医療機関コード : )
2. 病床数 :
3. 所在地 : (〒 — )
4. 全入院患者部門サーベイランス 責任者  
氏名  
所属  
職名  
連絡先 : E-mail  
電話
5. 全入院患者部門サーベイランス 実務担当者  
氏名  
所属  
職名  
連絡先 : E-mail  
電話
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□内に✓印を記入し、「医療機関名非公表に関わる理由書」(様式 1-6)を添付してください。)

7. ホームページ URL

以上

参加申込書は、手書きでは受付けしておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、病院長印を押印の上、都道府県担当者宛てにご郵送ください。

<https://www.nih-janis.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-3 手術部位感染部門)

平成 29 年 月 日

厚生労働省健康局結核感染症課長 殿

医療機関名  
病院長名

印

院内感染対策サーベイランス 手術部位感染 (SSI) 部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス手術部位感染 (SSI) 部門へ平成 30 年 1 月からの参加を希望し、下記の事項を登録いたします。

記

1. 医療機関名 :  
(医療機関コード : )
2. 病床数 :
3. 所在地 : (〒 — )
4. **SSI 部門**サーベイランス 責任者  
氏名  
所属  
職名  
連絡先 : E-mail  
電話
5. **SSI 部門**サーベイランス 実務担当者  
氏名  
所属  
職名  
連絡先 : E-mail  
電話
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□内に✓印を記入し、「医療機関名非公表に関わる理由書」(様式 1-6) を添付してください。)

7. ホームページ URL

以上

参加申込書は、手書きでは受付けしておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、病院長印を押印の上、都道府県担当者宛てにご郵送ください。

<https://www.nih-janis.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-4 集中治療室部門)

平成 29 年 月 日

厚生労働省健康局結核感染症課長 殿

医療機関名  
病院長名

印

院内感染対策サーベイランス 集中治療室 (ICU) 部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス集中治療室 (ICU) 部門へ平成 30 年 1 月からの参加を希望し、下記の事項を登録いたします。

記

1. 医療機関名 :  
(医療機関コード : )
2. 病床数 :
3. 所在地 : (〒 — )
4. ICU 部門サーベイランス 責任者  
氏名  
所属  
職名  
連絡先 : E-mail  
電話
5. ICU 部門サーベイランス 実務担当者  
氏名  
所属  
職名  
連絡先 : E-mail  
電話
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□内に✓印を記入し、「医療機関名非公表に関わる理由書」(様式 1-6) を添付してください。)

7. ホームページ URL

以上

参加申込書は、手書きでは受付けしておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、病院長印を押印の上、都道府県担当者宛てにご郵送ください。

<https://www.nih-janis.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-5 新生児集中治療室部門)

平成 29 年 月 日

厚生労働省健康局結核感染症課長 殿

医療機関名  
病院長名

印

院内感染対策サーベイランス 新生児集中治療室 (NICU) 部門 参加申込書

院内感染対策サーベイランス新生児集中治療室 (NICU) 部門へ平成 30 年 1 月からの参加を希望し、下記の事項を登録いたします。

記

1. 医療機関名 :  
(医療機関コード : )
2. 病床数 :
3. 所在地 : (〒 — )
4. **NICU 部門**サーベイランス 責任者  
氏名  
所属  
職名  
連絡先 : E-mail  
電話
5. **NICU 部門**サーベイランス 実務担当者  
氏名  
所属  
職名  
連絡先 : E-mail  
電話
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□内に✓印を記入し、「医療機関名非公表に関わる理由書」(様式 1-6)を添付してください。)

7. ホームページ URL

以上

参加申込書は、手書きでは受付けしておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、病院長印を押印の上、都道府県担当者宛てにご郵送ください。

<https://www.nih-janis.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1—6)

平成 29 年 月 日

厚生労働省健康局結核感染症課長 殿

医療機関名  
病院長名

印

院内感染対策サーベイランス事業

医療機関名非公表に関わる理由書

院内感染対策サーベイランス事業への平成 30 年 1 月からの参加に際し、以下の理由より医療機関名を非公表にて参加登録を希望いたします。

部門 (○をつけて下さい)

検査

全入院患者

SSI

ICU

NICU

理由