


作成フォームを使用した参加申込書作成方法

- ① JANIS ホームページの上部「参加・脱退」より「参加・脱退するには」をクリック
- ② 「参加するには」に表示されている「参加医療機関募集の案内」をクリック
- ③ 「参加医療機関募集のお知らせ」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

参加医療機関募集のお知らせ

2020年からの院内感染対策サーベイランス（JANIS）の参加医療機関を追加募集いたします。

 [院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）に係る
参加医療機関の追加募集について（健感発0521第1号）（PDF：1.26MB）](#)

- ・通知
- ・資料
 - ①非公表理由書
 - ②説明会案内
 - ③実施要綱
 - ④各部門説明

JANISへの参加を希望する医療機関は、「院内感染対策サーベイランス 参加申込書」作成フォームで参加申込書を作成し、所属自治体担当者へ提出してください。

簡易書留等、配達の確認をできる方法で郵送することをお勧めいたします。

また、すでにJANISに参加している医療機関であっても、参加部門を追加する場合には、あらためて参加申込書をご提出ください。

サーベイランスの参加申込書（通知の様式1-1~1-5）は、下記の作成フォームで作成してください。
なお、手書きでは受理できませんのでご注意ください。

▶ [「院内感染対策サーベイランス 参加申込書」作成フォーム](#)

- ④ 参加申込書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 * 必須	<input type="text"/>
病院名 * 必須	<input type="text"/>
参加部門 * 必須	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（SSI）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 * 必須	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 * 必須	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 住所 <input type="text"/>
サーベイランス 責任者 * 必須	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衛生主管部局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。

The screenshot shows a web form with two main sections. The top section is titled '医療機関 参加部門の公表 *必須' (Medical Institution/Department Disclosure *Required). It contains two radio buttons: '公表を希望する' (I want to disclose) and '公表を希望しない' (I do not want to disclose). A red arrow points to the '公表を希望しない' option, which is highlighted with a yellow box labeled '④- (2)'. Above the radio buttons, there is a red text box with instructions: '・参加医療機関の名称、参加部門は原則として公表します。' and '・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。'. The bottom section is titled 'ホームページURL' (Home Page URL) and contains a text input field with the instruction 'ホームページをお持ちの医療機関は入力してください。' (If you have a home page, please enter it for your medical institution).

入力内容をクリアする場合は【リセット】ボタンをクリックしてください。

Two buttons are shown: '確認' (Confirm) and 'リセット' (Reset). A red arrow points to the '確認' button, which is highlighted with a yellow box labeled '⑤'.

- ⑥ 内容が正しければ「印刷」をクリックしてください。

The screenshot shows a confirmation screen with two main sections. The top section is titled '6. 医療機関名・参加部門の公表' (6. Medical Institution Name/Department Disclosure). It contains a checkbox labeled '公表を希望しない' (I do not want to disclose) which is currently unchecked. Below this, there is a note: '(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。)' (We will disclose the name and department of the participating medical institution in principle. If you do not want to disclose due to unavoidable circumstances, please check the box and attach the 'Reason for Non-Disclosure of Medical Institution Name' (Form 1-6)). The bottom section is titled '7. ホームページURL' (7. Home Page URL) and contains the text 'http://*****@*****'. In the bottom right corner, the management number '管理番号:20140804174901' is displayed. At the bottom, there is a blue text box with instructions: '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。' (If you need to correct the input content, please click the 'Return' button). Below this, there are two buttons: '印刷' (Print) and '戻る' (Return). A red arrow points to the '戻る' button.

!!! 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、病院長印を押印し衛生主管部局の担当者に提出してください。
簡易書留等、配達の確認をできる方法で郵送することをお勧めいたします。