

医療事故情報収集等事業参加申請書

財団法人日本医療機能評価機構  
医療事故防止事業部 御中

下記のとおり、医療事故情報収集等事業への参加登録を申請いたします。

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

施設長名 \_\_\_\_\_ 印

記

参加する事業		<input type="checkbox"/> 医療事故情報収集・分析・提供事業 <input type="checkbox"/> ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業
共通項目	開設者	
	所在地	〒
	病床数	
	連絡先	TEL: _____ FAX: _____
医療事故情報収集参加の場合記入	医療安全管理者名 (所属・職名)	
	入力実務担当者名 (所属・職名)	
	E-mail アドレス	
ヒヤリ・ハット事例収集参加の場合記入	報告書責任者名 (所属・職名)	
	担当者名 (所属・職名)	
	E-mail アドレス	
	報告方式の選択	



財団法人日本医療機能評価機構  
医療事故情報収集等事業

〒 101-0061 東京都千代田区三崎町 1-4-17 東洋ビル 10F

TEL: 03-5217-0252 (直通) FAX: 03-5217-0253 (直通)

本申請書にてお預かりした個人情報については、当機構の個人情報保護方針に基づき、安全かつ適正に管理させていただきます。