

(様式 1-1 検査部門)

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

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 2022 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、手書きでは受け付けておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、各都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部局宛てに簡易書留等でご郵送ください。

<https://janis.mhlw.go.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-2 全入院患者部門)

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

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2022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、手書きでは受け付けておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、各都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部局宛てに簡易書留等でご郵送ください。

<https://janis.mhlw.go.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-3 手術部位感染部門)

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

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 2022 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、手書きでは受け付けておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し各都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部局宛てに簡易書留等でご郵送ください。

<https://janis.mhlw.go.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-4 集中治療室部門)

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

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 2022 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、手書きでは受け付けておりません。下記のサイトで必要事項を記入して印刷し、各都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部局宛てに簡易書留等でご郵送ください。

<https://janis.mhlw.go.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-5 新生児集中治療室部門)

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

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 2022 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、各都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部局宛てに簡易書留等でご郵送ください。

<https://janis.mhlw.go.jp/participation/additionalform.asp>

(様式 1-6)

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

院内感染対策サーベイランス事業

医療機関名非公表にかかわる理由書

院内感染対策サーベイランス事業へ 2022 年 1 月からの参加に際し、下記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

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

平成31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0517第2号）（PDF：1.35MB）](#)

- ・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、実施機関コード(数字5桁)を入力してください。
医療機関名 *必須	
病院長名 *必須	
参加部門 *必須	複数部門の参加の申込みをされる場合は、参加部門毎に申込費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。 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。

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。

- ⑥ 内容が正しければ「印刷」をクリックしてください。

!!! 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、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。