

参加登録情報の変更

手順1. 事例報告システムへのログイン

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業トップページから、「事例報告システム」をクリックしてください。



手順2. 登録情報管理画面へ進む

事例報告システムトップページの「登録情報」をクリックしてください。(下記赤枠内いずれからでも選択可)



手順3. 登録情報変更画面に進む

登録情報のページの「修正」をクリックしてください。

登録情報			
■ 基本情報			
医療機関名称	〇〇歯科クリニック		
医療事故情報収集等事業			
医療事故情報収集・分析・提供事業への参加	不参加		
ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業への参加	不参加		
歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業			
歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への参加	参加		
医療機関開設者	医療法人〇〇会		
施設長	施設 太郎		
署名			
メールアドレス	xx@xx.ne.jp		
登録状況 <input type="radio"/> 本登録			
<input type="button" value="抹消申請"/>	<input type="button" value="パスワード変更"/>	<input type="button" value="修正"/>	<input type="button" value="申請書"/>

登録状況が「変更申請中」もしくは「抹消申請中」となっている場合、登録情報の変更はできません。申請の状況をご確認ください。

手順4. 登録情報変更(基本情報)

変更する項目を入力し、「次へ」をクリックしてください。

■基本情報			
医療機関名称	〇〇歯科クリニック		
医療事故情報収集等事業			
医療事故情報収集・分析・提供事業への参加	参加しない ▼		
ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業への参加	参加しない ▼		
歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業			
歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への参加	参加する ▼		
医療機関開設者	医療法人〇〇会		
施設長名または院長名	施設 太郎		
医療機関の所在地 (郵便番号)	000	-	0000
医療機関の所在地 (都道府県)	東京都 ▼		
医療機関の所在地 (都道府県以降)	00区-00		
施設区分	歯科診療所 ▼		
電話番号	00	-	0000 - 0000 (半角数字)

※参加事業を変更する場合は、変更申請書の郵送が必要です。

変更理由

「変更理由」を必ず入力してください。

次へ

手順5. 登録情報の変更 (歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業に関する内容)

変更する項目を入力し、「確認」をクリックしてください。

■ 基本情報	
歯科診療台数 (外来)	2
■ 歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業	
担当者名	医療 花子
所属 (所属部署がある場合) (任意)	
職名	歯科衛生士
メールアドレス	xx@xx.ne.jp

戻る 確認

手順6. 変更内容の確認

①に変更前、②に変更後の情報が表示されます。(変更した内容は赤字で表示されます)変更内容に誤りがなければ、「登録」をクリックしてください。

■ 基本情報		
医療機関名称	① ○○歯科クリニック	② ○○歯科クリニック
医療事故情報収集等事業		
医療事故情報収集・分析・提供事業への参加	参加しない	参加しない
ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業への参加	参加しない	参加しない
歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業		
歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への参加	参加する	参加する
医療機関開設者	医療法人○○会	医療法人○○会
施設長名または院長名	施設 太郎	医療 花子
	000-0000	000-0000
	東京都	東京都
	00区-00	00区-00

変更内容に事業への参加区分(「○○事業への参加」)が含まれる場合は、提出いただく書類がございます。11ページ以降の手順を参考にしてください。

取消

修正

登録

参考)入力内容にエラーがある場合

入力内容に誤りがある場合、エラーメッセージが表示されます。「修正」からエラー箇所を修正してください。

入力内容にエラーがあります。
内容を確認の上「修正」ボタンで修正画面へ移動し、エラーを修正してください。

■ 基本情報		
医療機関名称	〇〇歯科クリニック	〇〇歯科クリニック
医療事故情報収集等事業		
医療事故情報収集・分析・提供事業への参加	参加しない	参加しない
ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業への参加	参加しない	参加しない
歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業		
歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への参加	参加する	参加する
医療機関開設者	医療法人〇〇会	医療法人〇〇会
施設長名または院長名	施設 太郎	施設 太郎
医療機関の所在地（郵便番号）	000-0000	000-あ [入力は半角数字で行ってください。]
医療機関の所在地（都道府県）	東京都	東京都
医療機関の所在地（都道府県以降）	00区-00	[必須入力です。]
医療安全管理者名		
変更理由	[必須入力です。]	

取消

修正

登録

以降の手順は、変更内容により異なります。

■ 変更内容に事業への参加区分が 含まれない場合※

※「医療事故情報収集・分析・提供事業への参加」、「ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業への参加」、「歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への参加」いずれも内容を変更していない場合

参加区分の変更が含まれない場合

手順7. 登録内容変更の完了

登録されているメールアドレス宛に登録情報の変更を受け付けた旨ご連絡いたします。

【メール件名】

【歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業】登録内容変更手続き受付のお知らせ

機構での確認後、手続き完了のご連絡が登録されているメールアドレス宛に送信され、登録情報の変更が完了となります。

【メール件名】

【歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業】登録内容変更手続き完了のお知らせ

■ 変更内容に事業への参加区分が 含まれる場合※

※「医療事故情報収集・分析・提供事業への参加」、「ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業への参加」、「歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への参加」いずれかの内容を変更した場合

手順7. 申請書(登録内容変更書)のダウンロード

申請書をダウンロードし、印刷してください。

医療機関情報の変更を行いました。

登録されているメールアドレス宛にメールを送信しました。

申請書(PDF)を印刷、公印を押印し、当事業部まで郵送をお願い致します。

申請書(PDF)が自動でダウンロード(表示)されなかった場合は、
「申請書」ボタンをクリックし、再度ダウンロードしてください。

メールが届かない場合は、下記連絡先までご連絡ください。

【連絡先】

公益財団法人日本医療機能評価機構

医療事故防止事業部

TEL:03-5217-0252 (医療事故情報収集等事業)

TEL:03-5217-2323 (歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業)

登録情報へ戻る

申請書

手順8. 申請書(登録内容変更書)の作成

印刷した申請書(登録内容変更書)に必要事項を記入、押印の上、機構まで郵送してください。

<記入箇所>

登録内容変更書

申請日ではなく「提出日」を記入してください。

公益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、参加登録書の登録内容を変更いたします。

公印もしくは院長印を押印してください。

社印等でも差し支えありません。

<郵送先>

〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル
 公益財団法人日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部
 歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業 行

手順9. 登録内容変更の完了

WEBでの登録が完了した時点(手順6)で登録されているメールアドレス宛に下記件名のメールをお送りします。

【メール件名】

【歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業】登録内容変更手続きのお知らせ

提出いただいた書類と合わせて、変更内容を機構で確認後、手続き完了のご連絡が登録されているメールアドレス宛に送信され、登録情報の変更が完了となります。

【メール件名】

【歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業】登録内容変更手続き完了のお知らせ