

参加登録の手順

※歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業には
歯科診療所のみご参加いただけます。

参加登録の流れ

WEB上での仮登録 ※手順1～7



申請書による本登録 ※手順8～10



参加登録完了

手順1. 参加登録画面へ進む

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業トップページの「参加登録」をクリックしてください。



手順2. 参加事業選択

「歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業」を選択し、「次へ」をクリックしてください。

参加する事業にチェックを入れてください。

医療事故情報収集等事業

※病院、診療所、歯科診療所、助産所が参加できます。

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業

※歯科診療所のみが参加できます。

すでに医療事故情報収集等事業に参加している医療機関は、[事例報告システム](#)の登録情報から変更してください。

次へ

手順3. 医療機関情報登録(基本情報)

医療機関名称など参加登録いただく医療機関の基本情報を入力し、「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		例：〇〇病院
医療機関開設者	医療法人〇〇会		例：医療法人〇〇会
施設長名または院長名	施設 太郎		例：施設 太郎
医療機関の所在地（郵便番号）	000	- 0000	(半角数字)
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）	〇〇区-00		
施設区分	歯科診療所 ▼		
電話番号	00	- 0000	- 0000 (半角数字)

※すべての項目が必須となります。

戻る

次へ

注) すべての項目を必ず入力してください。各項目については「入力ガイド」(各ページ右上もしくは関連書類(トップページ>関連書類>参加登録>入力ガイド))をご参照ください。

手順4. 歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業 医療機関情報登録

歯科診療台数や歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業の担当者の情報を入力し、「確認画面へ」をクリックしてください。

■ 基本情報		
歯科診療台数 (外来)	<input type="text" value="1"/>	
■ 歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業		
担当者名	<input type="text" value="医療 花子"/>	例：医療 花子
所属 (所属部署がある場合) (任意)	<input type="text"/>	例：〇〇部
職名	<input type="text" value="歯科衛生士"/>	例：主任
メールアドレス	<input type="text" value="xx@xx.ne.jp"/>	(半角英数字)
メールアドレス (確認用)	<input type="text" value="xx@xx.ne.jp"/>	(半角英数字)

戻る

確認画面へ

注) 職名の欄には、「院長」「歯科衛生士」「歯科助手」などの職種・役職を記入してください。

手順5. 医療機関情報登録(確認)

入力内容の確認画面です。内容に誤りがなければ「申請」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)	〇〇区-00
施設区分	歯科診療所
歯科診療台数 (外来)	1
電話番号	00-0000-0000
■ 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

入力画面へ戻る

申請

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。「入力画面へ戻る」をクリックして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「入力画面へ戻る」ボタンで入力画面へ移動し、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
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	[必須入力です.]
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）	〇〇区-00
施設区分	歯科診療所
歯科診療台数（外来）	1
電話番号	00-0000-0000
■ 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

入力画面へ戻る

申請

手順6. 仮登録の完了および参加登録申請書の印刷

ユーザIDを必ず確認してください。
「申請書PDFダウンロード」から参加登録申請書をダウンロードし、**機構送付用・医療機関保管用として2部印刷してください。**

【印刷用宛名】
参加登録申請書を郵送される際に、下記の宛名を切り取り、封筒に貼ってください。

〒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 行

《参加事業》
 医療事故情報収集等事業
 歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業

切り取り線

※参加する事業をチェックして送付してください。

医療機関情報の仮登録を行いました。

ユーザID

※ユーザIDには、アルファベットのI（アイ）、O（オー）、Q（キュー）は使用しておりません。

- 仮登録完了後、画面下の[申請書PDFダウンロード]を押下し、参加登録申請書をダウンロードして印刷してください。
(記載されているユーザIDは、ログイン時に必要となりますので、複写し、)
- 参加登録申請書PDFに公印を押印し、申請書記載の連絡先に、ご郵送ください。
- 仮登録完了のメールに初期パスワードが記載されていますので、ご確認ください。

注) ユーザIDは、本画面上と参加登録申請書にのみ記載されます。忘れずに記録・保管してください。
ユーザIDは事例報告システムのログイン時に必要となります。

なお、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
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17東洋ビル
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)

印刷用宛名

申請書PDFダウンロード

※この画面を閉じる場合は、ブラウザもしくはタブの[×] (閉じる) ボタンを使用してください。

申請書を郵送いただく際の宛名を印刷できます。(手順9参照)

手順7. 仮登録完了メールの確認

仮登録完了後、登録いただいたメールアドレス宛に下記件名のメールが届きます。同メールには、**初期パスワード**が記載されています。**初期パスワードは事例報告システムの初回ログイン時に必要となります**ので、忘れずに記録・保管してください。

【メール件名】

【歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業】参加登録手続きのお知らせ[仮登録]

手順8. 参加登録申請書の作成

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業参加登録申請書

____年 ____月 ____日

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、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への参加登録を申請いたします。

医療機関名 _____ 印

施設長名または院長名： _____

記

利用者ID	BEE19264
医療機関名称	〇〇病院
医療機関設置者	医療法人〇〇会
施設長名または院長名	施設 太郎
所在地（郵便番号）	〒000-0000
所在地	東京都〇〇区〇-〇
施設区分	歯科診療所
歯科診療台数（外来）	0
連絡先	TEL：00-0000-000
担当者名	医療 花子
所属	〇〇部
職名	主任
メールアドレス	aaa@aa.aa
提出期限	2023年5月14日

※利用者IDはログイン画面で使用するもので、この申請書の写

 公益財団法人日本医療機能評価機構
〒101-0061 東京都千代田区神田
TEL:03-5217-2323（歯科ヒヤリ・ハット）
FAX:03-5217-0253（直通）

本申請にてお預かりした個人情報については、出機管理させていただきます。

印刷した参加登録申請書に必要事項を記入し、押印してください。

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業参加登録申請書

申請日ではなく「提出日」を記入してください。

____年 ____月 ____日

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、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への参加登録を申請いたします。

医療機関名 _____ 印

施設長名または院長名： _____

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。

手順9. 参加登録申請書の機構への送付

仮登録完了画面(手順6参照)で印刷した宛名を封筒に貼付し、**仮登録完了から2か月以内**に必要な事項を記入した参加登録申請書を郵送してください。

宛名を印刷されていない場合は下記住所宛に郵送してください。

〒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10. 本登録の完了

機構事務局に参加登録申請書が到着後、情報を確認します。その後、登録されているメールアドレスに下記件名のメールが届きます。本メールが届いた時点で本登録が完了となり、事例報告が可能となります。

※本登録完了前に電話またはメールで登録された情報を確認させていただくことがあります。

【メール件名】

【歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業】参加登録手続き完了のお知らせ

● 本登録完了後、初期パスワードを変更してください。

※変更手順は、「パスワードの変更」(歯科トップページ>関連書類>参加登録後)をご参照ください。

● 事例報告の手順については、「事例報告の手順」(歯科トップページ>関連書類>事例報告)をご参照ください。