

<登録完了年月日の掲載箇所>

事例報告システム

公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

トップメニュー 事例報告 事例管理 登録情報

〇〇 ログアウト

医療機関情報登録 入力ガイド

登録情報

■基本情報

医療機関名称

〇〇

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

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

施設長または院長名

施設 太郎

医療機関の所在地（郵便番号）

123-4567

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△△町1-1

医療安全管理者名

施設 太郎

医療安全管理者所属・職名

〇〇部 主任

施設区分

歯科診療所

病床数

0

歯科診療台数（外来）

1

電話番号

03-1234-5678

FAX番号

03-9876-5432

■医療事故情報収集・分析・提供事業

入力担当者名

医療 花子

入力担当者所属・職名

〇〇部 主任

入力担当者メールアドレス

xxxxx@xxxxx.co.jp

■ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

入力担当者名

入力担当者所属・職名

入力担当者メールアドレス

■歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業

担当者名

歯科 太郎

所属（所属部署がある場合）（任意）

職名

主任

メールアドレス

xxxxx@xxxxx.co.jp

■本登録日

医療事故情報収集・分析・提供事業

2012/11/17

ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

2023/10/01

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業

2023/10/01

登録状況 本登録

抹消申請 パスワード変更 修正 申請書

抹消申請 パスワード変更 修正 申請書

Copyright (C) 2021 Japan Council for Quality Health Care. All Rights Reserved.

こちらに記載の日付が登録完了年月日になります。

■本登録日

医療事故情報収集・分析・提供事業

ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業

歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業

登録状況 本登録

抹消申請 パスワード変更 修正 申請書