



“いのちをまもるPARTNERS” 医療安全全国共同行動事務局
〒102 0082 東京都千代田区一番町13-5 一番町KKビル3階 社団法人日本病院会内
TEL: 03 6380 9370 FAX: 03 6380 9371 e-mail: secretariat@kyudokodo.jp

FAX 送信先 022-717-8198

(医療安全全国共同行動 HSMR 担当行)

病院名: _____

病院長名: _____ (印)

1. 下記のいずれかにをご記入ください

HSMR 登録病院として参加します

HSMR モニター病院として参加します
(医療安全全国共同行動に参加登録される病院が対象です)

2. 下記のいずれかにをご記入ください

DPC 対象病院 DPC 準備病院 左記以外

3. 医療安全全国共同行動に

参加登録済み 未登録

4. 連絡事項

● この件でご連絡させていただく担当者のお名前と連絡先

➤ ご所属/役職名 _____

➤ お名前 _____

➤ 連絡先

住所 (〒 _____) _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

メールアドレス _____

*お申込みいただいた病院にデータの送付要領、HSMR参考文献、データ管理に関する誓約書、
をお送りいたします。