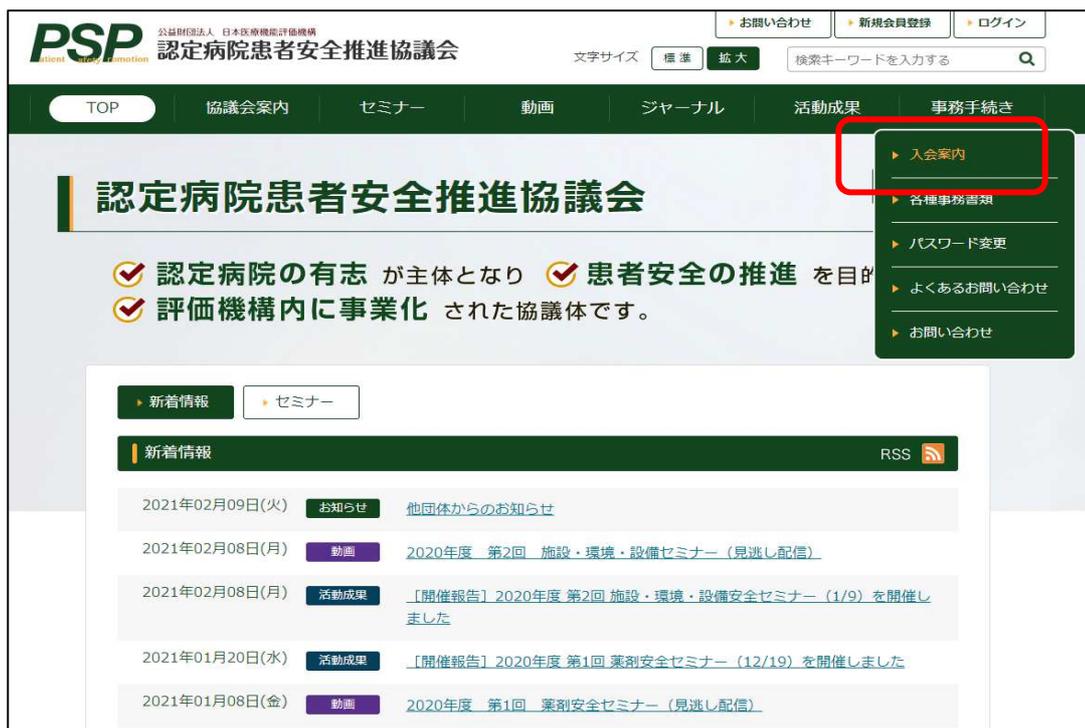


入会のお申し込み方法

1. ホームページにアクセスしてください (<https://www.psp-jq.jcqhc.or.jp/>)。
2. 「事務手続き」の「入会案内」をクリックしてください。



3. 「入会案内」ページの「お申し込み」ボタンをクリックしてください。



4. 「お申し込みはこちら」ボタンをクリックしてください。

PSP 公益財団法人 日本医療機能評価機構
認定病院患者安全推進協議会

2021年度 認定病院患者安全推進協議会 入会申込届

認定病院の皆様へ

認定病院患者安全推進協議会の入会申込ページです。
認定病院患者安全推進協議会の活動に関する各種ご案内や機関誌等は、窓口ご担当者宛てに送付します。
窓口ご担当者には、できるだけ医療安全管理部門かつ実務ご担当の方をご登録ください。

お申し込みはこちら

申込期間	入会のお申し込みは随時受け付けています
対象	病院機能評価の認定を取得されている病院
主催	公益財団法人日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会

お申し込みはこちら

お問い合わせ
公益財団法人日本医療機能評価機構 教育研修事業部 認定病院患者安全推進課
TEL : 03-5217-2326 FAX : 03-5217-2331
E-mail : p0031_info_psp_office@jicqhc.or.jp
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

5. 必要事項を入力してください。

PSP 公益財団法人 日本医療機能評価機構
認定病院患者安全推進協議会

2021年度 認定病院患者安全推進協議会 入会申込届

申し込み情報登録 > 申し込み内容確認 > 完了

以下の項目に必要な事項をご記入後、「次へ」ボタンをクリックしてください。
必須の項目は必ずご記入ください。

個人情報の取扱い
サイトの利用規約
第1条 (利用規約)

個人情報の取り扱いに同意する **必須** 同意する

病院名 **必須** 医療法人〇〇会 〇〇病院 全角

病院名(フリガナ) **必須** 全角カタカナ

郵便番号 **必須** 123 - 4567 半角数字

都道府県 **必須** [選択]

市区郡 **必須** 千代田区

町村番地 **必須** 神田三崎町1-4-17

ビル・マンション名 東洋ビル

担当者_所属・役職 **必須** 医療安全管理室 室長

担当者_氏名 **必須** 姓: 山田 名: 太郎 全角

<参考> 新規入会のお申し込み時に必要な入力項目

	項目名	必須	文字種	備考	入力例
1	個人情報の取り扱いの同意について	必須			(ラジオボタン)
2	病院名	必須	全角		医療法人はなまる会 にここ病院
3	病院名 (フリガナ)	必須	全角カタカナ		イリョウホウジンハナマルカイ ニコ ニコビョウイン
4	郵便番号 (〒)	必須	半角数字のみ		101-0061
5	都道府県	必須			東京都
6	市区郡	必須			千代田区
7	町村番地	必須			神田三崎町 1-4-17
8	ビル・マンション名				東洋ビル
9	担当者__所属・役職	必須	全角		医療安全管理室 室長
10	担当者__氏名	必須	全角	※協議会窓口をご担当いただく方をご登録ください	山田 太郎
11	担当者__氏名 (フリガナ)	必須	全角カタカナ		ヤマダ タロウ
12	担当者__電話番号	必須	電話番号形式のみ	※連絡先を入力	03-5217-2326
13	担当者__内線番号		半角数字のみ	※あれば入力	1111
14	担当者__FAX 番号		電話番号形式のみ	※あれば入力	03-5217-2327
15	E-mail アドレス	必須	E-mail アドレスのみ	※連絡先を入力 パスワード再発行、各種ご案内メールなどをお送りするアドレス	user@jqhc.or.jp
16	E-mail アドレス (確認用)	必須	E-mail アドレスのみ		user@jqhc.or.jp
17	備考欄			※ご要望等あれば入力	

6. 必要事項の入力が終わりましたら、画面下部の「次へ」ボタンをクリックしてください。

必須 ※確認のためもう一度E-mailアドレスを入力してください

備考欄 ※その他ご要望等ございましたら、こちらにご記入ください

次へ▶

お問い合わせ
公益財団法人日本医療機能評価機構 教育研修事業部 認定病院患者安全推進課
TEL : 03-5217-2326 FAX : 03-5217-2331
E-mail : p0031_info_psp_office@jcqhc.or.jp
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

7. 入力内容を確認し、画面下部の「登録する」ボタンをクリックしてください。

担当者_FAX番号	
E-mail	user@jcqhc.or.jp
E-mail (確認用)	user@jcqhc.or.jp
備考欄	

◀戻る 登録する▶

お問い合わせ
公益財団法人日本医療機能評価機構 教育研修事業部 認定病院患者安全推進課
TEL : 03-5217-2326 FAX : 03-5217-2331
E-mail : p0031_info_psp_office@jcqhc.or.jp
〒101-0061 東京都千代田区神田三崎町1-4-17 東洋ビル

8. お申し込みの際にご登録いただいたアドレスに受付完了をお知らせするメールが送られますのでご確認ください。
9. 後日、入会のお手続きに関する書類を事務局より郵送いたします。
お手元に届きましたら、ご確認のうえ入会のお手続きをお願いいたします。

※受付完了メール 例

タイトル: 認定病院患者安全推進協議会 入会申込届 受付完了のお知らせ	
差出人: 公益財団法人日本医療機能評価機構 教育研修事業部 認定病院患者安全推進課	
○○病院	<p0031_info_psp_office@jcqhc.or.jp>
△△様	

このメールは、システムより自動的に送信されています。	
お心当たりのない方は、お手数ではございますが、本メールの内容とともにご返信いただきますようお願い申し上げます。	

認定病院患者安全推進協議会 入会申込届 受付完了のお知らせ	

このたびは、認定病院患者安全推進協議会にお申し込みいただき、	

正しく入力したがメールが届かない場合

お使いのメールブラウザ等によっては、「迷惑メールフォルダ」に届けられている可能性があります。「認定病院患者安全推進協議会 入会申込届 受付完了のお知らせ」メールが届かない場合、「迷惑メールフォルダ」もご確認ください。