

# 「はとはあと」評価 第1ステージ<正規版> 受審申込書(病院施設用)

NPO法人日本HIS研究センター  
病院広報・情報公開評価審査会 御中

下記同意事項を承諾のうえ「はとはあと」評価第1ステージ正規版の受審を申し込みます

太枠内に施設概要をご記入ください(後日に追加・修正ができます)

申込区分 <small>※いずれかを選択</small>	正規版	<input type="checkbox"/> 初審	<input type="checkbox"/> 再審	<input type="checkbox"/> 更新	記入日	年	月	日
HIS会員種別 <small>※いずれかを選択</small>	<input type="checkbox"/> 法人会員	<input type="checkbox"/> 個人会員	<input type="checkbox"/> 非会員	ID(HIS記入)				
受審施設名				所轄の法人名				
所在地	〒 -							
管理者名				開設責任者名				
本評価事業のご責任者	責任者所属・役職			氏名・捺印	Ⓜ			
本評価事業のご担当者	担当者所属・役職			氏名				
連絡先	TEL	-	-	FAX	-	-	e-mail	@
医療施設の区分 <small>※該当するものに○(複数可)</small>	一般病院・精神病院・結核病床を有する病院・療養病床を有する病院・地域医療支援病院・特定機能病院・臨床研修病院・診療所・老人保健施設・その他( )							
主たる建物の建築経過年数	約	年	か月	開設許可	年	月	日	
許可病床数	一般	床・療養	床・精神	床・結核	床・その他( )	床	総数	床
診療専門科名								
職員数	医師(歯科医師含む)	常勤	名・非常勤	名	看護師(準看護師含む)	名	専門技術者	名
	職員総数	名						
看護体制				看護師比率				
1日平均患者数	入院	約	名	・	外来	約	名	
第三者機関による評価認証の状況	認証の名称			評価認証の日	年	月	日	
	認証の名称			評価認証の日	年	月	日	
	認証の名称			評価認証の日	年	月	日	
受審ナビゲート・サービス	<input type="checkbox"/> 同時申し込み		<input type="checkbox"/> 申し込まない	<input type="checkbox"/> 後日返答	左記のいずれかをチェックしてください			

## ナビゲート・サービスとは？

審査の基礎となる「現況報告書」の書き方や設問の理解促進をサポートし、より高いレベルの評価が得られるよう伴走する有料(別紙料金表で確認してください)。\*HIS法人会員は無料です。

## お願い(同意事項)

- 「はとはあと」評価第1ステージの認定期間は、初審、再審とも、認定の日から2年とし、評価認定の継続を希望される施設は、認定期限の3か月前までに所定の更新手続きをお願いします。
- 認定により提供された「はとはあと評価レベル表示マーク」の取扱は次のとおりお願いします。
  - 最新の認定書を施設内の1か所以上に掲示し、関係者に理解されるように表示をすること。
  - 広報媒体に記載または表示するとともに、分かりやすい説明を添えること。
- 市民や施設の利用者に向けて、「はとはあと」評価の実施が理解されるように、広報誌、ホームページ、イベント案内、ポスター、玄関ドア、看板などさまざまな機会を捉えて工夫し、可能なかぎりの広報展開を行ってください。
- 本申込は、申込書記載日から6か月間を有効期間といたします。

## ご記入にあたり(注意事項)

- 評価認証などの枠が不足する場合は、別紙にて添付してください。
- 複数の施設での受審を希望される場合は、施設ごとに申込書を作成してください。
- 審査・認定には、1か月程度の時間が必要です。お急ぎの場合は、事務局にご相談ください。

以上

受付番号	認定料・確認日	回答送付・到着日	認定日
------	---------	----------	-----

Stage1正規版-150210

※申込書は、NPO法人日本HIS研究センター ホームページからダウンロード(Excelファイル)できます。必要事項を入力し、メールまたはFAXで送付の上、受審料をお振り込みいただく「申込」となります。 <http://www.j-his.jp/hatoheart/moushikomi.html>

・Email受付 info-his@j-his.jp ・FAX受付 075-353-1733

「はとはあと」評価第1ステージ用