

人間ドック健診施設機能評価 受審申請用紙 Ver.4.0

- ※ 別紙「受審申請用紙の記入方法」を参照の上、必ず郵送にてお送りください。
- ※ 受付完了まで、2週間前後かかる場合がございます。
- ※ 審査関係書類（データ）はCD-Rでお送りします。フロッピーディスクをご希望の場合は別途ご連絡ください。

Ver. 4.0										
								【受付No】 ※事務局記入欄		
				<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 更新				
				記入日		年		月		日
法人名										
施設名										
開設者区分：以下のいずれかにマルで囲んでください。										
01	厚生労働省	07	都道府県	13	国保連	19	国保組合	25	個人	
02	独立行政法人 国立病院機構	08	市町村	14	全社連	20	公益法人	/		
03	国立大学法人	09	日赤	15	厚生団	21	医療法人	/		
04	独立行政法人 労働者健康福祉機構	10	済生会	16	船保会	22	学校法人	/		
05	その他公的	11	北海道社会事業協会	17	健保及び連合	23	会社	/		
06	国(その他)	12	厚生連	18	共済及び連合	24	その他法人	/		
施設管理医師 (代表者)										印
健診管理医師										
事務管理責任者										
所在地	都道府県					〒				
	住所					-				
	ビル名									
電話番号										
FAX番号										
健診施設設立年月日										
事務連絡担当者										
E-mail										
健診施設の形式		<input type="checkbox"/>	一日ドック							
		<input type="checkbox"/>	二日ドック (三日以上ドックを含む)							
併設施設		<input type="checkbox"/>	併設施設なし (健診単独)							
		<input type="checkbox"/>	病院							
		<input type="checkbox"/>	診療所 (クリニック)							
送付先 〒102-0075 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザ1階 公益社団法人 日本人間ドック学会 人間ドック健診施設機能評価委員会事務局										

個人情報の取扱いについて(別添の「個人情報の取扱いについて」をご覧ください。) 当学会の個人情報の取扱いについてに同意いただける場合は、「同意する」にチェックし、同意いただけない場合は、「同意しない」にチェックして下さい。										
				<input type="checkbox"/> 同意する			<input type="checkbox"/> 同意しない			

個人情報の取扱いについて

1. 個人情報の利用目的

- ・人間ドック健診施設機能評価のため。

2. 個人情報の提供

以下の場合を除き、あらかじめご本人の同意を得ないで、個人情報を提供することはありません。

- ・法令に基づく場合。
- ・人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ・公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ・国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることによって当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

3. 個人情報の委託

個人情報の取扱いの全部または一部を委託することがあります。委託にあたっては、十分な個人情報の保護水準を満たしている者を選定し、委託を受けた者に対する必要、かつ適切な監督を行います。

4. 個人情報の開示等の求めについて

個人情報の「開示等のご請求」につきましては、以下の「個人情報に関わる苦情・相談窓口」で受け付けております。本法人の「開示対象個人情報の取扱いについて」に基づき、遅滞なく回答いたします。

5. 個人情報提供の任意性

個人情報のご提供は任意です。ただし、必要な個人情報をご提供されない場合には、上記利用目的の業務を履行できない場合があります。

〈個人情報に関わる苦情・相談窓口〉
公益社団法人日本人間ドック学会
〒102-0075 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル1F
個人情報保護管理者(兼 苦情・相談窓口責任者):総務部
TEL:03-3265-0079 FAX:03-3265-0083
E-Mail: info@ningen-dock.jp

「受審申請用紙」の記入方法

法人名、施設名、所在地について、原則、保険医療機関あるいは特定健診／特定保健指導受託機関は社会保険診療報酬支払基金等公的機関に届け出る（あるいは届け出ている）内容と同様の内容としてください。（別途ご希望等がある際はご相談ください）

記入日

記入日を記入してください。

法人名

法人名を記入してください。

「医療法人社団…」 「社会福祉法人…」 。自治体立病院は「〇〇県」「〇〇市」等と記入してください。

開設者区分

指定の開設者区分より選択してください。

施設名

「〇〇病院」「〇〇クリニック」等、必ず施設名を記入してください。

施設単位で認定しますので、法人本部名は認められません。

認定証や認定プレートは原則この欄の施設名で作成されますのでご注意ください。

施設管理医師（代表者）

健診施設（部門）もしくは併設病院の代表者を記入してください。また忘れずに押印をしてください。

※評価結果報告書などの公文書は、この欄の代表者宛で作成されます。

健診管理医師

健診の実務管理医師（いわゆる専任医師）を記入してください。

事務管理責任者

健診における事務部門の管理責任者を記入してください。併設病院との兼務でも構いません。

所在地

施設の所在地を記入してください。丁目、番地等は「〇-〇-〇」と略式でも構いません。

電話番号・FAX番号

施設の電話番号、FAX番号を記入してください。 例) 03-3265-0079

健診施設設立年月日

施設が健診業務を始めた年月日（あるいは年月のみでも可）を西暦で記入してください。（病院併設施設の場合、病院の設立年月日ではありません） 例) 1999/5/1 あるいは 1999/10

【ご確認】

- ・ 健診業務開始後1年以上の経過を条件とし、健診実績を必要とする。（機能評価受審申請条件より）

事務連絡担当者・E-mail

本評価の取組において中心的な役割・対応可能な事務職員をお知らせください。
事務局より書類を郵送、あるいは電話連絡をすることがあります。

健診施設の形式

施設が実施しているドックの種類にチェックをしてください。(複数回答あり)

「一日ドック」

：一日完結型のドック。日帰りドックや外来ドックなど、受診者にとって検査が一日で終わるドックはここに該当します。

「二日ドック」

：病院（クリニック）による一泊、ホテルドック、受診者が自宅に戻るドックであっても、受診者にとって検査が二日で終わるドックはここに該当します。また三日以上の長期ドックもここに含めます。

併設施設

施設が実施しているドックの種類にチェックをしてください。(複数回答不可)

併設施設とは、同一建物内、敷地内、近隣で、職員の業務や精密検査などで連携する同一組織内の診療施設をさす。

「併設施設なし（健診単独）」

：健診業務のみ行っている

「病院」

：病院併設の健診センター

「診療所（クリニック）」

：健診業務を行っているクリニック等であり、保険診療なども行っている

送付先（お問い合わせ）

〒102-0075

東京都千代田区三番町 9-15 ホスピタルプラザ 1 階
公益社団法人 日本人間ドック学会

人間ドック健診施設機能評価委員会
事務局 吉川 森山 宛

Tel 03-3265-0079

E-mail info@ningen-dock.jp