

各医療機関 管理者 様

大阪府健康医療部保健医療室長

院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)に係る  
参加医療機関の追加募集について〔お知らせ〕

日頃から、大阪府健康医療行政の推進に御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。  
さて、標記について、厚生労働省健康局結核感染症課長から依頼がありましたのでお知らせします。

なお、当該募集、参加申込みにつきましては下記の保健医療企画課ホームページ「病院・診療所への通知等」に掲載しておりますので、内容を熟読の上、参加を希望される場合は、下記により参加申込書の郵送をお願いします。

記

- 1 募集等掲載アドレス（保健医療企画課ホームページ 病院・診療所への通知等）  
<http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/tuuchi/r2-kunituuchi.html>
- 2 提出書類
  - (1) 院内感染対策サーベイランス各部門の参加申込書（様式 1-1～1-5）
  - (2) 医療機関名非公表にかかわる理由書（様式 1-6）  
※この様式は医療機関名の公表を希望しない場合にご提出ください。  
(下記の注意事項 3 (2) をご参照ください。)
- 3 注意事項
  - (1) 参加申込書の記載について
    - ①手書きの参加申込書は受付できません。  
下記厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業参加申込書作成フォームで必要事項を入力し印刷してください。
    - ②印刷した参加申込書に病院長印を押印し、当課あて郵送してください。
    - ③病院長印は、いわゆる公印を押印してください。(私印不可)

厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業参加申込書作成フォーム  
<https://janis.mhlw.go.jp/participation/additionalform.asp>

(2) 医療機関名非公表にかかわる理由書（様式1-6）の記載について

参加医療機関の名称、参加部門は原則として公表されます。公表を希望しない場合にのみ、本様式「医療機関名非公表にかかわる理由書（様式1-6）」を参加申込書とあわせてお送りください。（医療機関名称、参加部門が公表されても支障のない場合は、本様式の提出は不要です。）

4 提出期限 令和2年9月23日（水）〔お早めのご提出をお願いします。〕

5 提出方法 必ず郵送で提出してください。（FAXは不可）

6 提出先 〒540-8570（所在地の記入は不要）  
大阪府 健康医療部 保健医療室  
保健医療企画課 医事グループ 担当：竹内あて

7 その他

例年であれば、院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）新規参加医療機関募集に伴う

「JANIS のデータ提出・活用のための説明会」を開催しておりますが、今年度は、新型コロナウイルス感染症に係る状況を鑑み、原則中止となっております。

開催ができる見通しが立った場合は、JANIS ホームページ等でお知らせしますので、参加申し込みフォームから直接、お申し込みください。（当課では説明会の申し込みを受け付けていません。）

◎JANIS ホームページ

<https://janis.mhlw.go.jp/index.asp>

連絡先：大阪府健康医療部 保健医療室  
保健医療企画課 医事グループ 竹内  
TEL：06-6941-0351（内線2535）