

# 認定病院申請マニュアル

## 【目次】

- I. [認定病院新規申請について](#)----- 1
- II. [認定病院更新申請について](#)----- 14
- III. [認定施設情報の修正・変更について](#)----- 23

# I. 認定病院新規申請について

## 【申請の流れ】

- ①認定病院の申請要件を必ずご確認ください。
  - ②代表専門医となる方の個人会員マイページより Web 申請を行ってください。
  - ③Web 申請後、申請書類をダウンロードの上、  
期日までに原本を郵送にてご提出ください。
  - ④指定の口座に新規審査料（税込 11,000 円）をご入金ください。
- Web 申請・申請書類提出の双方をもって申請完了となります。

## 【申請期間】

第 1 回（4 月 1 日認定）審査会

WEB 申請期間：12 月 1 日～3 月 21 日締切

書類提出期限：3 月 31 日厳守（当日消印有効）

第 2 回（8 月 1 日認定）審査会

WEB 申請期間：4 月 1 日～7 月 21 日締切

書類提出期限：7 月 31 日厳守（当日消印有効）

第 3 回（12 月 1 日認定）審査会

WEB 申請期間：8 月 1 日～11 月 20 日締切

書類提出期限：11 月 30 日厳守（当日消印有効）

## 【申請方法】

- ① 代表専門医として申請される方が、ご自身の個人会員マイページにログインしてください。



会員WEBサイト

user\_id

password

LOG IN

※パスワードリセットする方はこちら

「ユーザーID(user\_id)」  
会員番号 8桁

「パスワード(password)」  
個人で設定されたパスワード

パスワードが不明の場合は、「※パスワードリセットする方はこちら」より、パスワードリセットの手続きをお願いします。

### ※パスワードリセット画面



RESET

パスワードリセットをする場合は、会員IDとメールアドレスを入力してください

※登録メールアドレスが不明の場合は  
下記お問い合わせよりご連絡下さい

学会問い合わせ

user\_id

mailaddress

RESET PASSWORD

「ユーザーID(user\_id)」  
会員番号 8桁

「メールアドレス」  
弊会に登録されているメールアドレスを入力して下さい。

「RESET PASSWORD」のボタンを押していただくと、弊会にご登録されたアドレス宛に新しいパスワードが届きます。

②マイページメニューから、新規認定病院申請をご選択ください。

日本麻酔科学会  
Japanese Society of Anesthesiologists

マイページ  
(プロフィール・年会費支払・学術集会申請予約・選挙・e-Learning)

ログアウト

Japanese Society of Anesthesiologists Members S

サイト内検索 キーワードを入力してください。

トップページ(会員専用ページ) >  
社員総会 >  
役員・代議員・各種委員会委員一覧 >  
定款・規定等 >  
各種認定情報・資格申請 >



会員氏名：麻酔 太郎  
会員番号：09999999  
会員種別：1-個人会員

会員メニュー

- プロフィール >
- 学術集会参加申し込み >
- e-Learning >
- 選挙 >
- 認定資格申請 >
- 新規認定病院申請 >**
- 演題投稿システム >
- ログアウト >

お知らせ

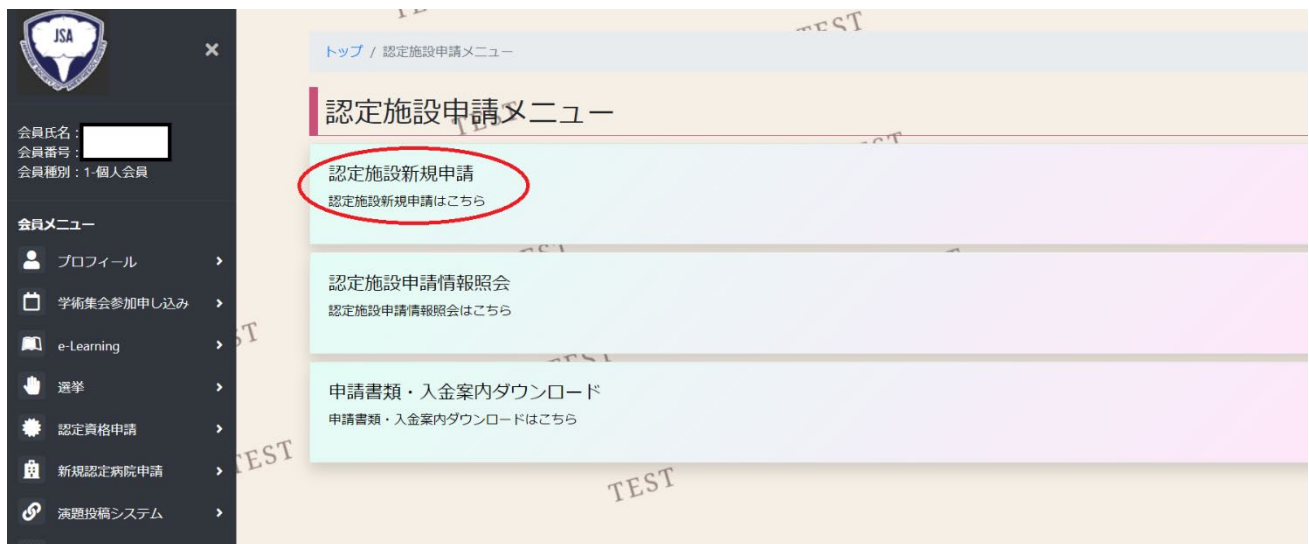
お知らせ [2021/05/07] 会員HP デザインリニューアル NEW

特定商取引法に基づく表示(PDF)  
別タブが開きます

③同意画面の内容をよくお読みいただき、申請要件を満たしていれば「同意する」のボタンをクリックしてください。



④「認定施設新規申請」をご選択ください。



⑤審査会情報の内容をご確認いただき、問題がなければ「次へ」をご選択ください。

トップ / 認定施設申請メニュー / 認定施設新規申請

## 認定施設新規申請

審査会情報

1 認定施設入力項目1

2 認定施設入力項目2

3 認定施設入力項目3

4 医師代表者情報

### 審査会情報

📄	名称 新規認定病院審査 第1回
🖱️	申請種別 1-新規
📅	認定日 2023/04/01 認定有効日 2028/03/31
¥	審査料 11000円

次へ

- ⑥認定施設情報をご入力下さい（認定施設入力項目1～3）  
赤字の項目は必須事項です。

【認定施設入力項目1】

過去に認定病院として認定されたことがある場合は、こちらにチェックをしてください。（次ページ参照）

過去に認定された施設(認定喪失)を選択する。

団体名(※法人名等) 団体名  
認定証の名称表記は「団体名」+「施設漢字名」で印字されます。  
「団体名」の入力がない場合は、「施設漢字名」のみの表記となります。

\*施設漢字名 施設漢字名

\*施設カナ名 施設カナ名

\*院長漢字名 first name last name

\*院長カナ名 first name kana last name kana

\*郵便番号 検索 postal code

\*都道府県

\*市町村区

\*町域番地

建物ビル名

戻る 次へ

<過去に認定病院として認定されたことがある場合>

過去に認定病院として認定されたことがある場合、該当施設を選択すると喪失前の情報が各入力項目に薄いグレーで自動的に入りますので、情報が相違している場合は、編集をしながら進めてください。

※過去に認定されていたか不明の場合は、一度施設名で検索を行ってご確認ください。

検索がヒットしない場合は、チェックを外してお進みください。

チェックを入れてください。

施設名で検索可能です。

該当施設を選択してください。

### 【認定施設入力項目2】

認定施設新規申請

ホームページURL

\*代表電話(ハイフン含む)

fax番号(ハイフン含む)

戻る 次へ



## 【認定施設入力項目3】

JSA

会員氏名:   
会員番号:   
会員種別: 1-個人会員

会員メニュー

- プロフィール
- 学術集会参加申し込み
- e-Learning
- 選挙
- 認定資格申請
- 新規認定病院申請
- 演題投稿システム
- ログアウト

JSA

会員氏名:   
会員番号:   
会員種別: 1-個人会員

会員メニュー

- プロフィール
- 学術集会参加申し込み
- e-Learning
- 選挙
- 認定資格申請
- 新規認定病院申請
- 演題投稿システム
- ログアウト

審査会情報      1 認定施設入力項目1      2 認定施設入力項目2      3 認定施設入力項目3

### 認定施設入力項目3

**\*手術部**

有り

無し

**\*初期臨床研修基幹研修施設**

有り

無し

**\*病床数(外科)**

**\*病床数(内科)**

**\*診療科**

01.内科

02.心療内科

03.精神科

04.神経科(神経内科)

05.呼吸器科

06.消化器科(胃腸科)

07.循環器科

27.眼科

28.耳鼻咽喉科

29.気管食道科

30.リハビリテーション科

31.放射線科

32.麻酔科

64.その他

**診療その他1**

**診療その他2**

**診療その他3**

**診療その他4**

**診療その他5**

**診療その他6**

**診療その他7**

**診療その他8**

**診療その他9**

**診療その他10**

赤字項目にチェック  
をしてください。

戻る **次へ**

⑦麻酔科医代表者情報をご入力下さい。入力後、「申請」ボタンを押してください。

代表専門医の「就任日」となります。以下でご入力ください。  
 第1回（WEB申請期間 12/1～3/21）に申請する場合は、次年度の4/1を入力  
 -----  
 第2回（WEB申請期間 4/1～7/21）に申請する場合は、8/1を入力  
 -----  
 第3回（WEB申請期間 8/1～11/20）に申請する場合は、12/1を入力

現在の役職に就任した日付をご入力ください。

麻酔部門の長であることが必要です。必ずプルダウンより役職をご選択ください。

戻る 申請

⑧「申請」ボタンを押下すると、以下の画面表示になります。

トップ / 認定施設申請メニュー / 認定施設新規申請

認定施設新規申請

審査会情報 1 認定施設入力項目1 2 認定施設入力項目2 3 認定施設入力項目3 4 麻酔科医代表者情報 完了

申請完了

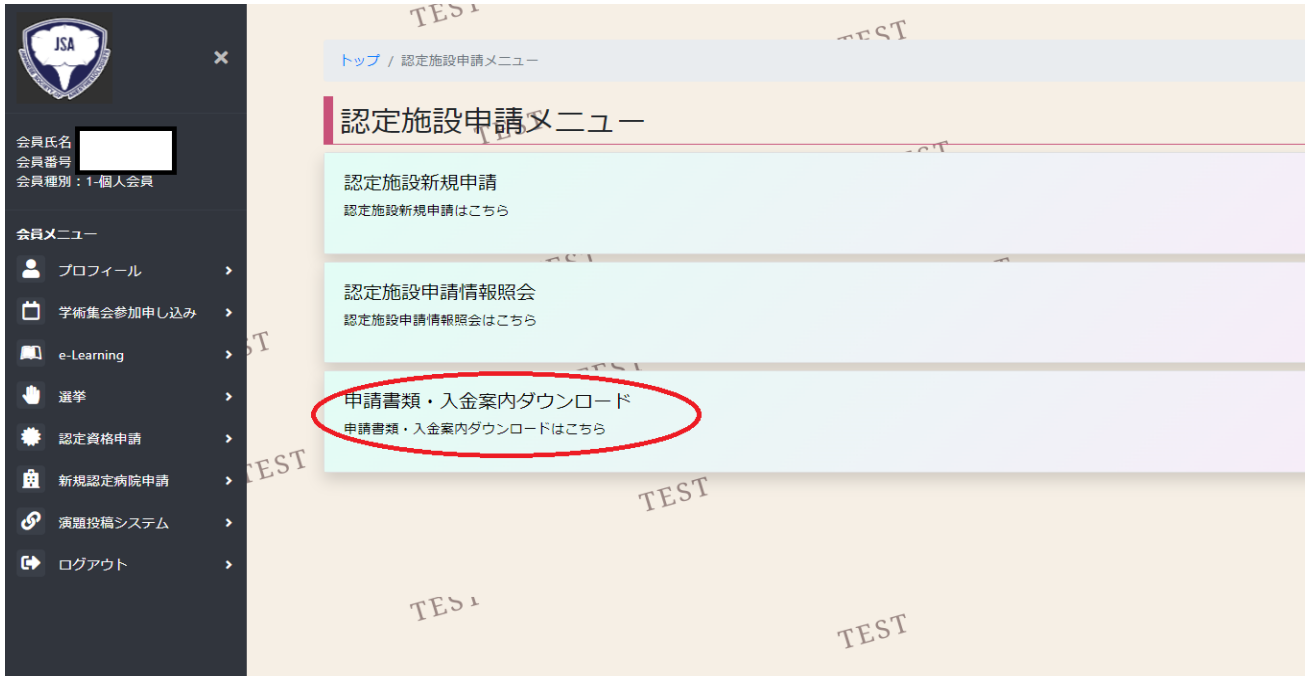
新規認定病院申請メニューの「申請書類・入金案内ダウンロード」ボタンより入金案内PDF・申請書類がダウンロードできます。審査料のご入金・申請書類の提出双方をもって申請完了となります。

戻る

⑨続いて、申請書のご提出と審査料のご入金が必要です。

【申請書のダウンロードと記入方法】

「認定施設申請メニュー」の「申請書類・入金案内ダウンロード」を選択してください。



⑩「麻酔科認定病院認定申請書【2014年度以降の新様式】」をクリックすると、申請書がダウンロードされます。必要事項を記入の上、原本を郵送にてご提出ください。



●申請書書式

【見本】

公益社団法人日本麻酔科学会

麻酔科認定病院認定申請書

申請日：(西暦) 2022 年 3 月 2 日

公益社団法人日本麻酔科学会理事長殿

(所在地) 〒 XXX-XXXX

(TEL) 00-0000-0000

〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町1-1

(FAX) XX-XXXX-XXXX

(病院名) ふりがな 〇〇〇〇びょういん

〇〇〇〇病院

(院長名)

麻酔 太郎

公印

以下5点の認定基準に従い、医療法第六条の六第一項の規定による麻酔科認定病院として当病院の認定を申請します。また、記載内容に虚偽がないことを証明します。

〔認定基準〕下記の(1)から(5)の基準を全て満たすこと

- (1) 麻酔科を標榜しており、常勤の麻酔科専門医が麻酔部門の長であること
- (2) 常勤の麻酔科医が管理する全身麻酔症例が年間200例以上あること
- (3) 安全な麻酔を行うための施設、設備が整備されていること
- (4) 図書を整備、学会出席等、麻酔科医の自己研鑽の機会が与えられていること
- (5) 専門医を育成するための十分な施設、設備が整備されていること

麻酔科代表者

氏名： 麻酔 花子

会員番号(99999999) 麻酔科専門医・指導医(○で囲む)

職名：麻酔科(部)・医・科) 長

上記職名 就任日： 2021 年 4 月 1 日

麻酔科標榜医取得年月日( 1999 年 4 月 1 日)

登録番号( 0000 )

麻酔科専門医取得年月日( 2005 年 4 月 1 日)

登録番号( 0000 )

麻酔科指導医取得年月日( 2013 年 4 月 1 日)

登録番号( 0000 )

週間勤務日数 5 日

担当者(麻酔科代表者、施設の総務・庶務部門などの)

\* 申請手続きの窓口。変更、取消などの諸手続き、

氏名： 麻酔 花子

メールアドレス： XXXX@XXXX.XX

病床数 205 床 (内科系： 85 床 外科系： 120 床) 手術室数 5 室

該当する役職を必ず「○」で  
囲んでください。

病床数について、  
内科系、外科系の割合を知るための申告です。  
分かれていない場合は、その他ではなくおおよ  
その病床数で内訳をご記入ください。

診療科名（下記の項目より○でお選び下さい。それ以外の科  
内科・心療内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・アレルギー科・神経内科・外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・呼吸器科  
婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・気管食道科・皮膚科・泌尿器科  
麻酔科 その他： \_\_\_\_\_

常勤の麻酔科代表専門医就任以降、  
 かつ申請時から直近の1年以内の  
 期間と症例数をご記載ください。

年間麻酔科管理全症例数 **587** 症例 (2021年4月1日～2022年2月28日)

1) 詳細：①全身麻酔 **412** 症例 ②区域麻酔 **124** 症例 ③その他 **51** 症例

(全身麻酔と区域麻酔の併用は全身麻酔に計入)

2) 麻酔が行われた場所

- ① 中央手術室 **587** 症例 ③ 内視鏡室 \_\_\_\_\_ 症例  
 ② 心カテ・アンギオ等検査室 \_\_\_\_\_ 症例 ④ その他 \_\_\_\_\_ 症例

麻酔科管理全症例数と「①全身麻酔」  
 「②区域麻酔」「③その他」の合計が  
 一致するようにご記入ください。

3) 年間麻酔科管理全症例数の期間に在籍した常勤の麻酔科代表者

氏名・会員番号	資格(○で囲む)	勤務日数	勤務期間
<b>麻酔 花子</b> (会員番号：99999999)	<input checked="" type="radio"/> 指導医・ <input type="radio"/> 専門医	5日/週	2021年5月1日～ _____ 年 月 日
<b>麻酔 次郎</b> (会員番号：88888888)	<input checked="" type="radio"/> 指導医・ <input type="radio"/> 専門医	5日/週	2020年4月1日～ 2021年4月30日
(会員番号：_____)	_____	_____	_____ 月 日～ _____ 年 月 日

現代表専門医が就任する前日まで、前任の  
 常勤麻酔科代表医（代表専門医要件を満た  
 している方）が在籍していた場合、前任者  
 が管理した症例数も含めていただけます。

麻酔器

不足する場合は別紙に記入下さい。

製造会社名	機種名	台数
<b>〇〇〇〇</b>	<b>XXXX-XX</b>	<b>1</b>
<b>〇〇〇〇</b>	<b>XXX-XXXX</b>	<b>2</b>

合計 **3** 台

麻酔管理用モニターの種類とその数

下記の欄が不足する場合は別紙に記入下さい。

製造会社名	機種名	台数
<b>△△△△</b>	<b>XXXX-XX</b>	<b>2</b>
<b>△△△△</b>	<b>XXX-XXX</b>	<b>1</b>

許可を受けた集中治療室の有無について、  
 無い場合は、「0床」と記入をしてください。

合計 **3** 台

許可を受けた集中治療室の有無

病床数 **3** 床

## 【申請書類提出先】

〒650-0047

兵庫県神戸市中央区港島南町1丁目5番2号

神戸キメックセンタービル3階

公益社団法人 日本麻酔科学会認定審査委員会

認定病院新規申請担当宛

## 【審査料のご入金について】

①入金案内は、「入金案内 PDF ダウンロード」より出力可能です。

審査料 11,000 円（税込）は、銀行振込にてお支払いください。

入金案内に振込先を記載しておりますので、振込先を

ご確認の上、指定の期日までに入金手続きをお願いいたします。

※振込名は、振込を行った施設の特定が可能な名称をご入力ください。

トップ / 認定施設申請メニュー / 申請書類・入金案内ダウンロード

### 申請書類：入金案内ダウンロード

【申請書】

新規申請の方はこちらも併せてダウンロードし、記入、捺印し、事務局へ送付ください。

申請書類の受領を持って申請完了です。

[麻酔科認定病院認定申請書【2014年度4月以降の新様式】](#)

#### 入金案内ダウンロード

入金案内PDFダウンロード	請求番号	申請受付NO	請求先名	内容	請求金額(税込)	新規審査料期日	新規登録料期日
<a href="#">入金案内PDFダウンロード</a>				2022年度 認定病院新規審査料	11000	2022/04/30	-

## II. 認定病院更新申請について

### 【申請の流れ】

①現在の登録情報を確認いただき、修正が必要な場合は、登録情報変更申請を行ってください。

※認定病院更新申請ページでは、登録情報の変更はできません。登録情報のご変更が必要な場合は、認定病院更新申請を行う前に登録情報の変更を行っていただき、変更完了後に認定病院更新申請をお願い致します。

登録情報の変更は、[III. 認定施設情報の修正・変更について](#)（23 ページ）をご確認ください。

②認定病院マイページより Web 申請を行ってください。

③指定の口座に更新審査料（税込 11,000 円）をご入金ください。

②③両方を持って申請完了となります。

年次報告の内容で審査いたしますので、必要な提出書類はございません。

### 【申請期間】

WEB 申請期間：9 月 1 日～10 月 21 日締切

①認定病院マイページにログインしてください。

会員WEBサイト

user\_id

password

LOG IN

※パスワードリセットする方はこちら

「ユーザーID(user\_id)」  
施設番号 8 桁

「パスワード(password)」  
施設で設定されたパスワード  
※初回ログインの場合は、ユーザーID（施設番号 8 桁）をご入力ください。

パスワードが不明の場合は、「※パスワードリセットする方はこちら」より、パスワードリセットの手続きをお願いします。

※パスワードリセット画面

RESET

パスワードリセットをする場合は、会員IDとメールアドレスを入力してください

※登録メールアドレスが不明の場合は  
下記お問い合わせよりご連絡下さい

学会問い合わせ

user\_id

mailaddress

RESET PASSWORD

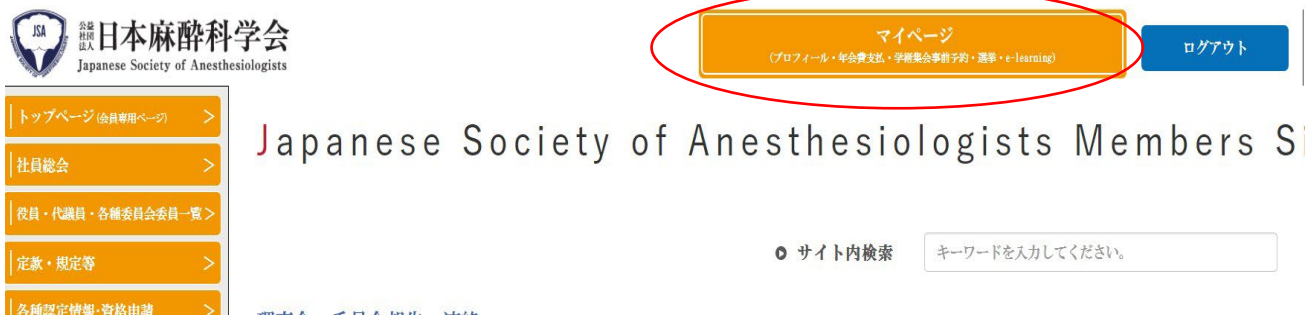
「ユーザーID(user\_id)」  
施設番号 8 桁

「メールアドレス」  
代表専門医が弊会に登録されているメールアドレスを入力して下さい。

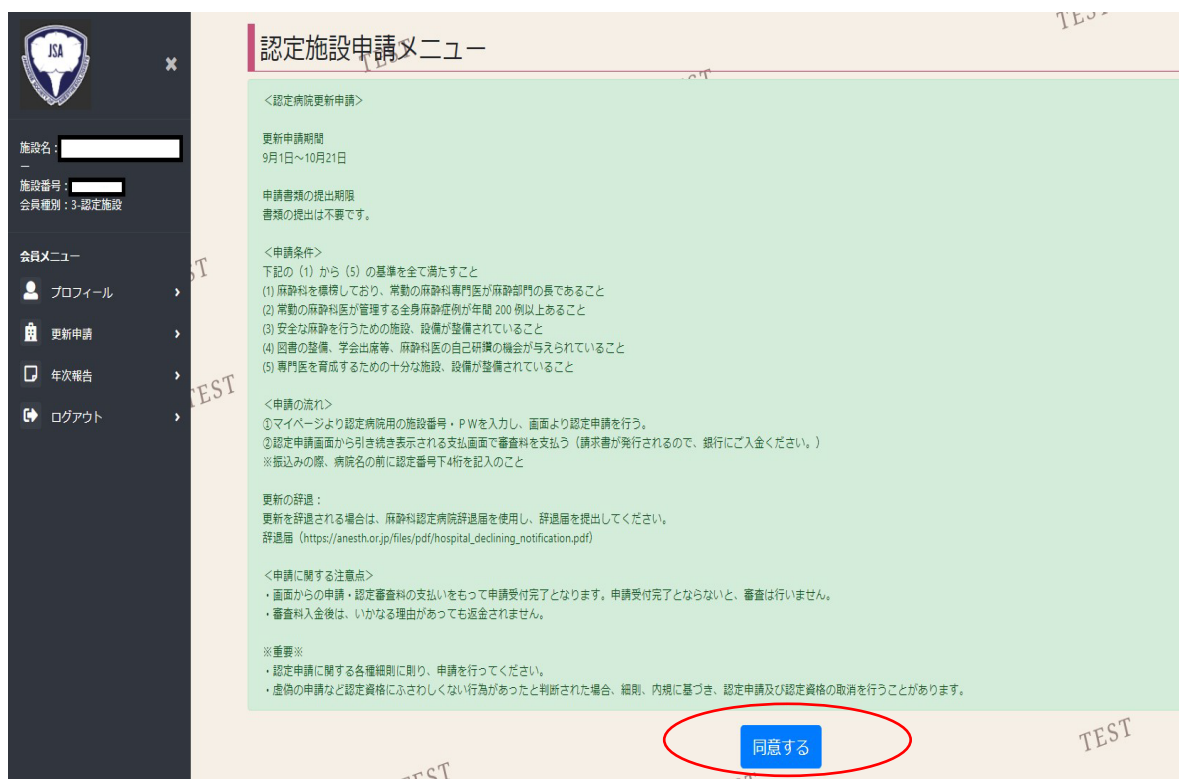
「RESET PASSWORD」のボタンを押していただくと、弊会にご登録されたアドレス宛に新しいパスワードが届きます。



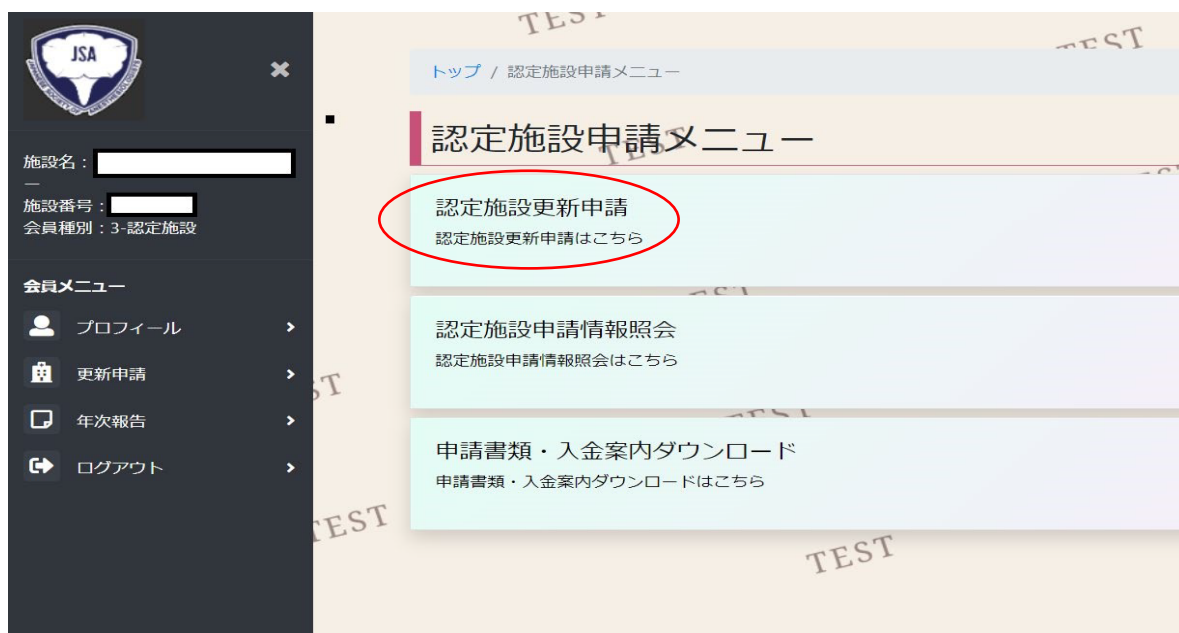
②マイページメニューから、「更新申請」をご選択ください。



③同意画面の内容をよくお読みいただき、「同意する」のボタンをクリックしてください。



④「認定施設更新申請」をご選択ください。



⑤審査会情報の内容をご確認いただき、問題がなければ「次へ」をご選択ください。

施設名: [REDACTED]  
施設番号: [REDACTED]  
会員種別: 3-認定施設

会員メニュー

- プロフィール
- 更新申請
- 年次報告
- ログアウト

審査会情報

名称  
認定病院更新審査

申請種別  
2-更新

認定日  
2024/04/01  
認定有効日  
2029/03/31

審査料  
11000円

次へ

⑥「認定施設入力項目1」「認定施設入力項目2」「認定施設入力項目3」「麻酔科代表者情報」までを順にご確認いただき、内容に間違いがなければ、最後に「申請」ボタンをクリックしてください。

※認定病院更新申請ページでは、登録情報の変更はできません。登録情報のご変更が必要な場合は、認定病院更新申請を行う前に登録情報の変更を行っていただき、変更完了後に認定病院更新申請をお願い致します。

登録情報の変更は、Ⅲ. [認定施設情報の修正・変更について](#)（23ページ）をご確認ください。

## 【認定施設入力項目 1】

認定番号: [ ] 認定区分: 1-認定施設 施設分類: 1-医療機関 認定申請日: [ ] 認定開始日: [ ] 認定更新日: [ ] 認定有効日: [ ] 認定喪失日: [ ]

審査会情報 1 認定施設入力項目1 2 認定施設入力項目2 3 認定施設入力項目3 4 麻酔科医代表者情報 完了

### 認定施設入力項目1

団体名(※法人名等) [ ]

認定証の名称表記は「団体名」+「施設漢字名」で印字されます。  
「団体名」の入力がない場合は、「施設漢字名」のみの表記となります。

\*施設漢字名 [ ]

\*施設カナ名 [ ]

\*院長漢字名 [ ] [ ]

\*院長カナ名 [ ] [ ]

\*郵便番号 [ ] [ ]

\*都道府県 [ ]

\*市町村区 [ ]

\*町域番地 [ ]

建物ビル名 [ ]

戻る 次へ

## 【認定施設入力項目 2】

### 認定施設更新申請

認定番号	認定区分	施設分類	認定申請日	認定開始日	認定更新日	認定有効日	認定喪失日
0	1-認定施設	1-医療機関	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

審査会情報 1 認定施設入力項目1 2 認定施設入力項目2 3 認定施設入力項目3 4 麻酔科医代表者情報 完了

### 認定施設入力項目2

ホームページURL [ ]

\*代表電話(ハイフン含む) [ ]

fax番号(ハイフン含む) [ ]

戻る 次へ

## 【認定施設入力項目3】

トップ / 認定施設申請メニュー / 認定施設更新申請

### 認定施設更新申請

認定番号	認定区分	施設分類	認定申請日	認定開始日	認定更新日
0	1-認定施設	1-医療機関			

審査会情報      認定施設入力項目1      認定施設入力項目2      認定施設入力項目3

#### 認定施設入力項目3

**\*手術部**  有り  
 無し

**\*初期臨床研修基幹研修施設**  有り  
 無し

**\*病床数(外科)**

**\*病床数(内科)**

**\*診療科**

- 01.内科
- 02.心療内科

- 28.耳鼻咽喉科
- 29.気管食道科
- 30.リハビリテーション科
- 31.放射線科
- 32.麻酔科
- 64.その他

診療その他1

診療その他2

診療その他3

診療その他4

診療その他5

診療その他6

診療その他7

診療その他8

診療その他9

診療その他10

戻る **次へ**

## 【麻酔科医代表者情報】

認定施設更新申請

認定番号	認定区分	施設分類	認定申請日	認定開始日	認定更新日	認定有効日	認定喪失日
0	1-認定施設	1-医育機関					

審査会情報 1 認定施設入力項目1 2 認定施設入力項目2 3 認定施設入力項目3 4 麻酔科医代表者情報 完了

### 麻酔科医代表者情報

\*前任者退任日

\*代表専門医就任日

\*会員ID

\*会員名

\*所属

\*役職就任日・役職

\*週出勤務日数

直通電話

代表専門医メールアドレス

sas-mail2@anesth.or.jp  
※通知メールは代表専門医メールアドレス宛に送信されます。  
 代表専門医のメールアドレスを変更したい場合は、個人会員ページのプロフィール  
 にあるメールアドレスをご変更ください

戻る 申請

⑦「申請」ボタンを押下すると、以下の画面表示になります。

審査料のご入金を以って申請完了となります。

トップ / 認定施設申請メニュー / 認定施設更新申請

認定施設更新申請

認定番号	認定区分	施設分類	認定申請日	認定開始日	認定更新日	認定有効日	認定喪失日
	1-認定施設	1-医育機関					

審査会情報 1 認定施設入力項目1 2 認定施設入力項目2 3 認定施設入力項目3 4 麻酔科医代表者情報 完了

### 申請完了

更新申請メニューの「入金案内ダウンロード」ボタンより  
 入金案内PDFがダウンロードできます。審査料のご入金をもって  
 申請完了となります。

戻る

### ⑧【審査料のご入金について】

更新申請メニューの「申請書類・入金案内ダウンロード」ボタンを押していただき、「入金案内 PDF ダウンロード」をクリックしてください。



⑨入金案内は、「入金案内 PDF ダウンロード」より出力可能です。

審査料 11,000 円（税込）は、銀行振込にてお支払いください。

入金案内に振込先を記載しておりますので、振込先を

ご確認の上、指定の期日までに入金手続きをお願いいたします。

※振込名は、振込を行った施設の認定番号 4 桁と特定が可能な名称をご入力  
ください。



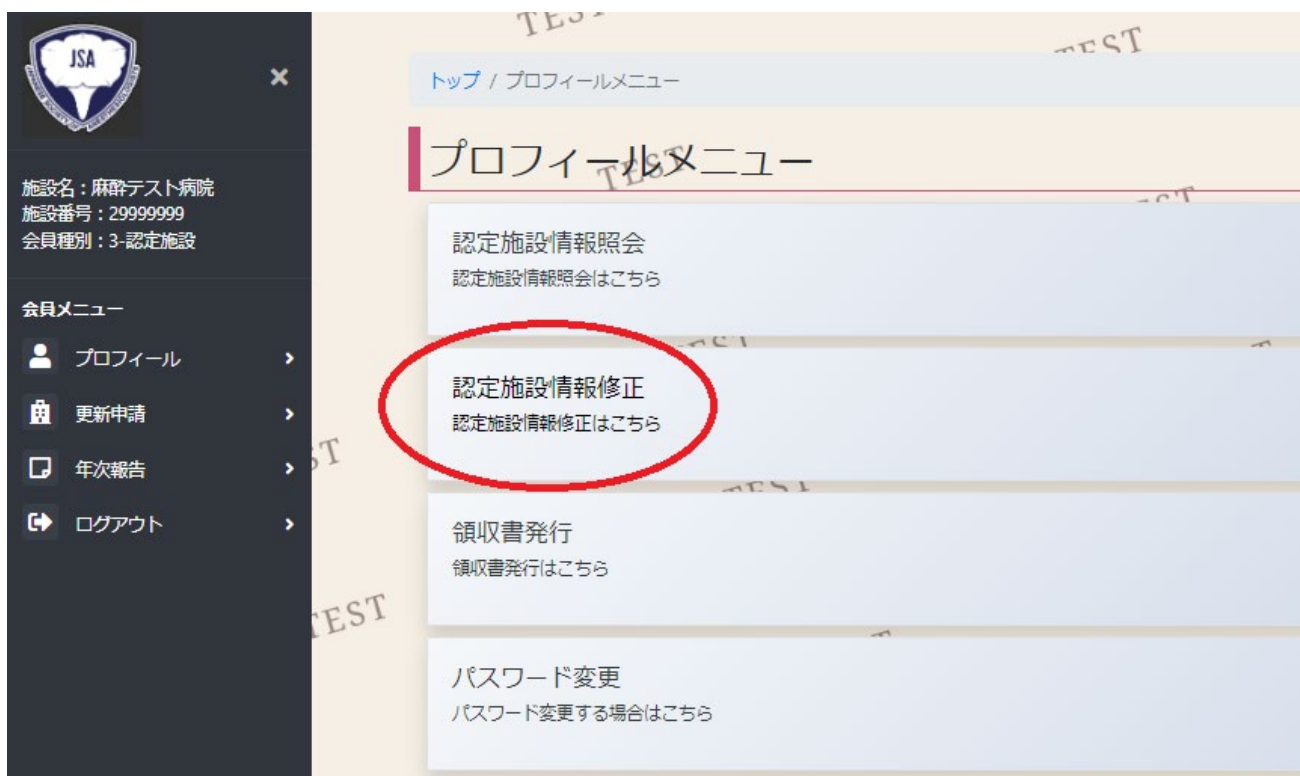
※更新申請では書類の提出は不要です。

### Ⅲ. 認定施設情報の修正・変更について

※認定病院更新申請は、変更申請の承認後に行っていただけます。

承認までは3～4営業日いただいておりますので、余裕をもってご申請ください。

①認定病院マイページメニューの「プロフィール」⇒「認定施設情報修正」をクリックしてください。





②赤字の項目は必須項目になります。変更が必要な箇所を修正してください。

< 認定施設入力項目 1 >

認定施設変更申請

認定番号	認定区分	施設分類	認定申請日	認定開始日	認定更新日	認定有効日	認定喪失日
0	1-認定施設	1-医療機関					

1 認定施設入力項目1

2 認定施設入力項目2

3 認定施設入力項目3

4 麻酔科医代表者情報

認定施設入力項目1

団体名(※法人名簿)

認定施設の名前表記は「団体名」+「施設漢字名」で印字されます。  
「団体名」の入力がない場合は、「施設漢字名」のみでの表記となります。

\*施設漢字名

\*施設カナ名

\*施設漢字名

\*施設カナ名

\*郵便番号

\*都道府県

\*市町村区

\*町域番号

建物ビル名

次へ

③赤字の項目は必須項目になります。変更が必要な箇所を修正してください。

< 認定施設入力項目 2 >

認定施設変更申請

認定番号	認定区分	施設分類	認定申請日	認定開始日	認定更新日	認定有効日
0	1-認定施設	1-医療機関				

1 認定施設入力項目1

2 認定施設入力項目2

3 認定施設入力項目3

4 麻酔科医代表者情報

認定施設入力項目2

ホームページURL

\*代表電話(ハイフン含む)

fax番号(ハイフン含む)

戻る 次へ

④ 赤字の項目は必須項目になります。変更が必要な箇所を修正してください。

< 認定施設入力項目 3 >

**認定施設変更申請**

認定番号	認定区分	施設分類	認定申請日	認定開始日	認定更新日
	1-認定施設	1-医育機関			

1 認定施設入力項目1      2 認定施設入力項目2      3 認定施設入力項目3

### 認定施設入力項目3

- \*手術部**
  - 有り
  - 無し
- \*初期臨床研修基幹研修施設**
  - 有り
  - 無し
- \*病床数(外科)**
- \*病床数(内科)**
- \*診療科**
  - 01.内科
  - 02.心療内科
  - 03.精神科
  - 04.神経科(神経内科)
  - 05.小児科
  - 25.産科
  - 26.婦人科
  - 27.眼科
  - 28.耳鼻咽喉科
  - 29.気管食道科
  - 30.リハビリテーション科
  - 31.放射線科
  - 32.麻酔科
  - 64.その他

「診療科その他」は、具体的な診療科名をご入力ください

診療科その他1

診療科その他2

診療科その他3

診療科その他4

診療科その他5

診療科その他6

診療科その他7

診療科その他8

診療科その他9

診療科その他10

戻る **次へ**

⑤代表専門医の情報を変更される場合は、「代表専門医変更」にチェックを入れてください。赤字の項目は必須項目になります。

<麻酔科代表医情報>

⑥「申請」ボタンを押下すると、以下の画面表示になります。

弊会事務局にて変更内容の確認後、承認処理をいたします。

更新申請は、変更申請の承認後に行っていただけます。

※承認までは3～4営業日いただいておりますので、余裕をもってご申請ください。