掲載日：2022 年 6 月 13 日

認定病院新規　申請マニュアル

【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個人会員マイページにログインしてください。

「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。

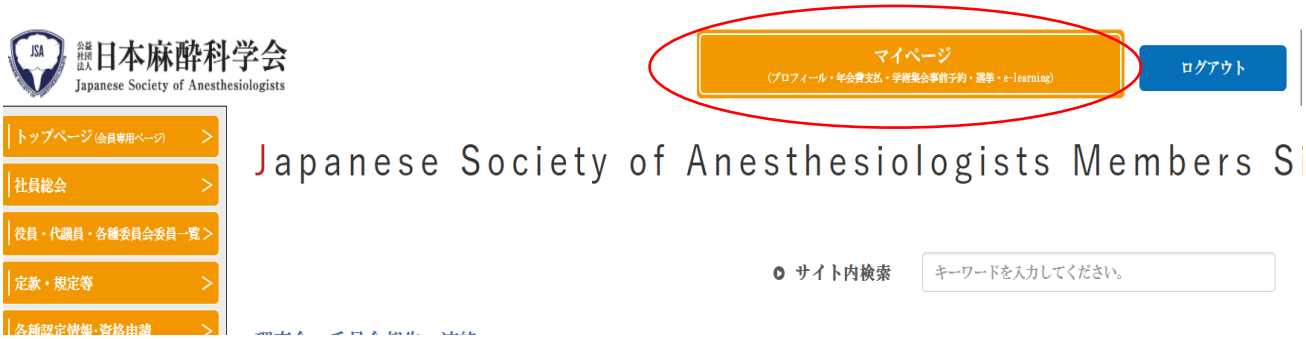
※パスワードリセット画面

「ユーザーID(user_id)」
会員番号８桁

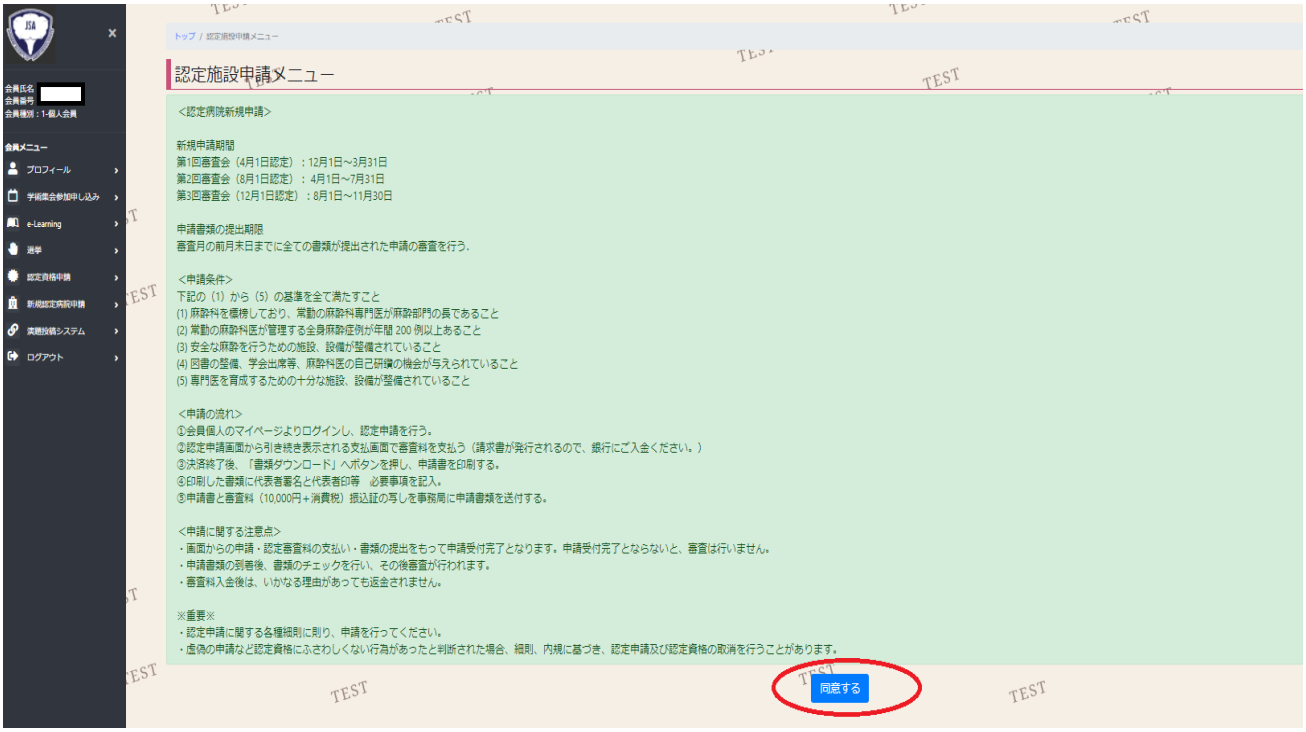
「メールアドレス」
弊会に登録されているメールアドレスを入力して下さい。

「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。

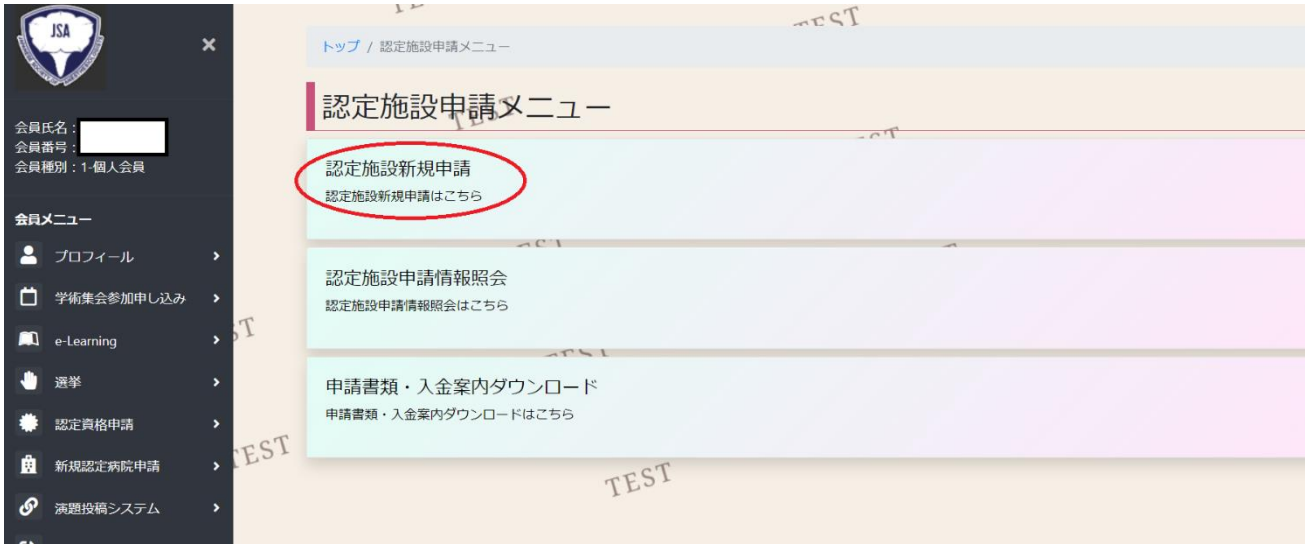
②マイページメニューから、「新規認定病院申請」をご選択ください。



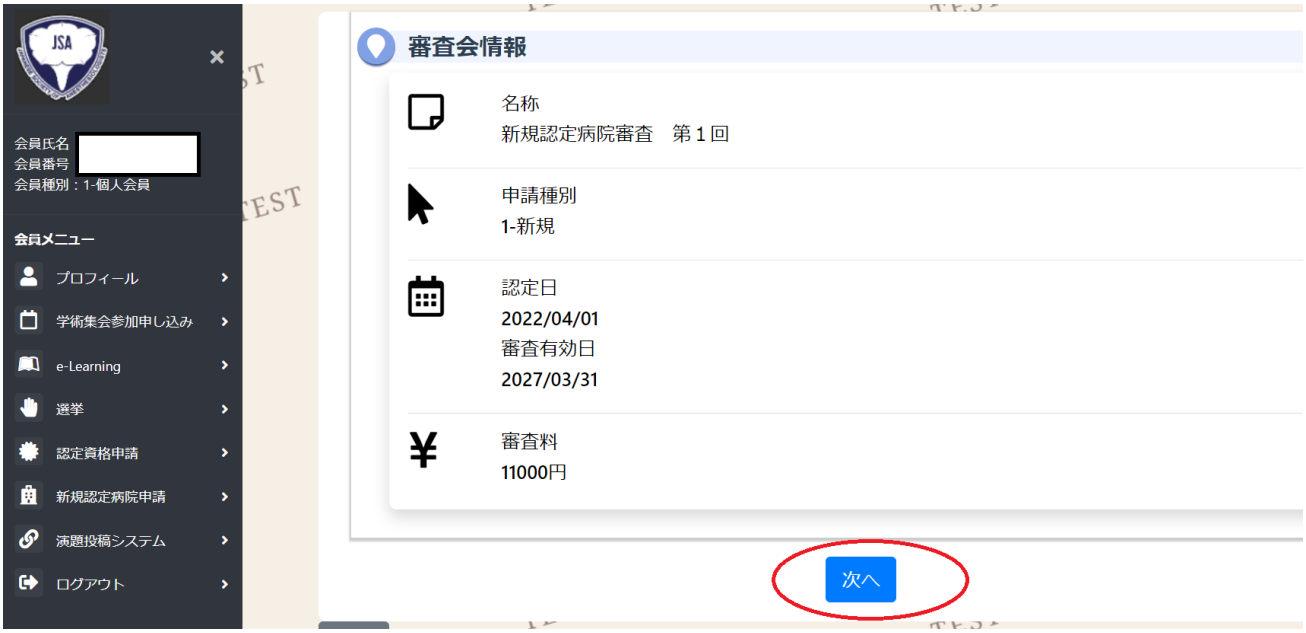
③同意画面の内容をよくお読みいただき、申請要件を満たしていれば「同意する」のボタンをクリックしてください。



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。



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ございます。

【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＞

※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。

【認定施設入力項目２】

【認定施設入力項目３】

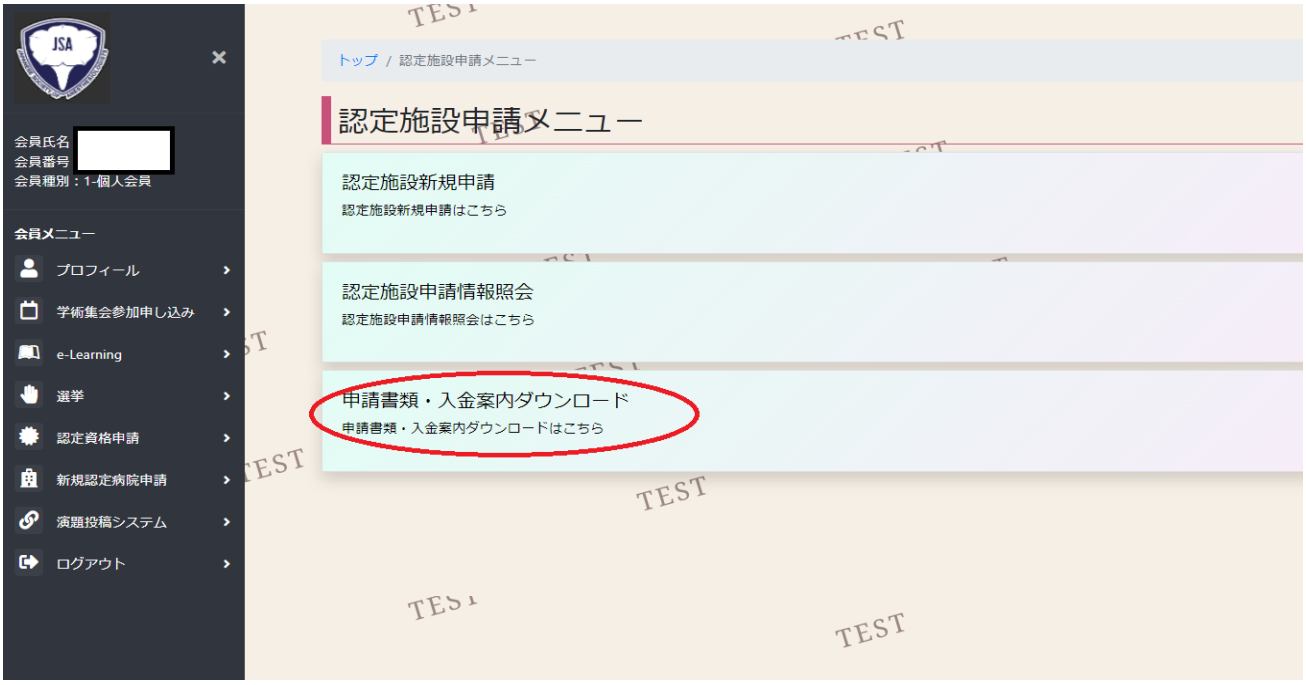
会員氏名
会員番号
会員種別：1-個人会員
会員メニュー
プロフィール
学術集会参加申し込み
e-Learning
運挙
認定資格申請
新規認定病院申請
演題投稿システム
ログアウト
トップ / 認定施設申請メニュー / 認定施設新規申請
認定施設新規申請
審査会情報
認定施設入力項目1
認定施設入力項目2
認定施設入力項目3
認定施設入力項目3
*手術部
有り
無し
*初期臨床研修基幹研修施設
有り
無し
病床数(外科)
0
病床数(内科)
0
病床数(他)
0
診療科
01.内科
02.心療内科
03.精神科
04.神経科(神経内科)
05.呼吸器科

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
運挙
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
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1
診療その他2
診療その他2
診療その他3
診療その他3
診療その他4
診療その他4
診療その他5
診療その他5
診療その他6
診療その他6
診療その他7
診療その他7
診療その他8
診療その他8
診療その他9
診療その他9
診療その他10
診療その他10
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。

⑧認定施設入力項目・麻酔科医代表者情報をご入力いただくと、以下の画面表示になります。

⑨続いて、申請書のご提出・審査料のご入金が必要です。
「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」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
〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町１－１

(TEL) 00-0000-0000
(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) 図書の整備、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

該当する役職を必ず「〇」で囲んでください。

氏名： 麻酔 花子 ㊞
会員番号(99999999) 麻酔科専門医・指導医(〇で囲む)
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
週間勤務日数 5 日

内科系と外科系の合計が病床数と一致するようにご記入ください。内科系と外科系に分かれていない場合は、手書きで「その他：〇床」とお書き添えください。

担当者 (麻酔科代表者、施設の総務・庶務部門な
＊ 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

診療科名（下記の項目より○でお選び下さい。それ以外の科はその他にお書き下さい）

内科・心療内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・アレルギ

神経内科・外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・呼吸器

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、かつ直近１年以内の期間の症例数を記載してください。

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含む）

２）麻酔が行われた場所

① 中央手術室 587 症例　　③ 内

② 心カテ・アンギオ等検査室＿＿＿＿症例　　④ そ

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	
麻酔　花子（会員番号：99999999）	指導医・専門医	5 日/週	2021 年4 月 1 日～　年　月　日
（会員番号：　）	指導医・専門医	日/週	年　月　日～　年　月　日
（会員番号：　）	指導医・専門医	日/週	年　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・麻酔用ベンチレータの種類とその数

製造会社名	機種名	台数
○○○○	XXXX-XX	1
○○○○	XXX-XXXX	2

合計　3　台

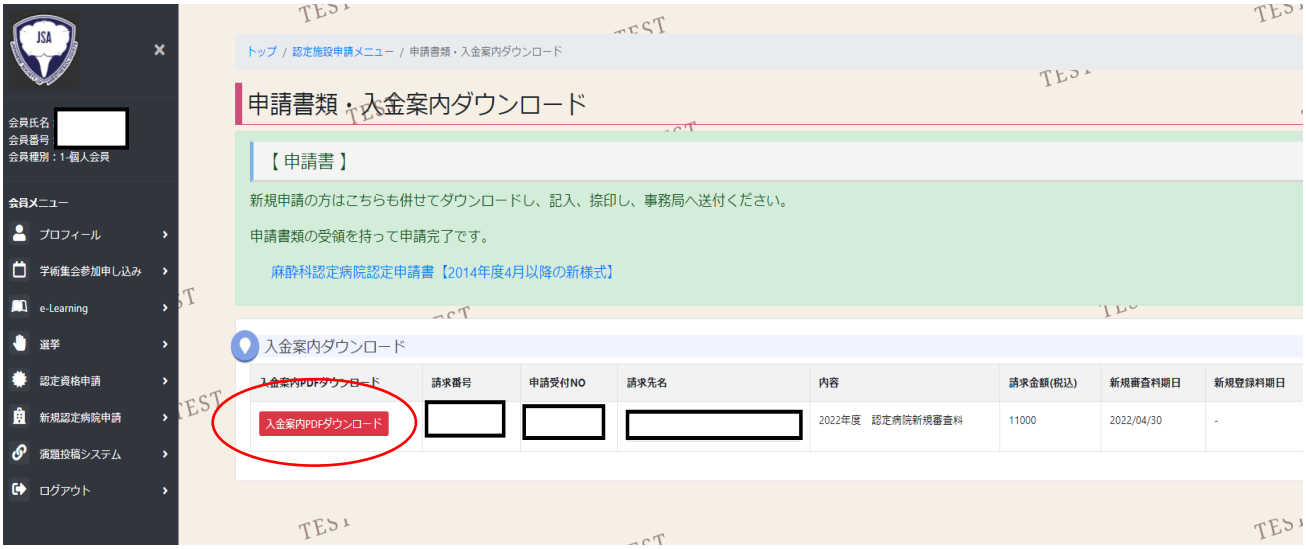
麻酔管理用モニターの種類とその数　　下記の欄が不足する場合は別紙に記入下さい。

製造会社名	機種名	台数
△△△△	XXXX-XX	2
△△△△	XXX-XX	1

合計　3　台

認可を受けた集中治療室が無い場合は「0」とご記入ください。

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

⑪審査料は 11,000 円（税込）となります。
銀行入金で受付けておりますので、「入金案内」の振込先をご確認の上、指定の期日までにご入金ください。「入金案内」は「入金案内 PDF ダウンロード」より出力可能です。