

# D:WEB申請マニュアル(認定病院新規申請)

## 申請全体の流れ

下記、i～iiiの対応をいただき、審査料のお振込み、申請書類を事務局に郵送を持って申請完了となります。

### i. マイページにて申請内容、必要情報の入力



### ii. 審査料支払い

申請後、請求書が発行されますので、期日までにお支払いください。



### iii. 申請書類の送付

申請後、申請書をダウンロードできますので、記入、捺印し、事務局に郵送ください。

#### ①マイページへログイン後 申請画面へを選択

マイページ:[https://nsas.anesth.or.jp/JSA\\_LOGIN.aspx](https://nsas.anesth.or.jp/JSA_LOGIN.aspx)

## ②新規申請画面へを選択

【 プロフィール 】

【 学術集会事前受付 】

【 e-Learning 】

【 選 挙 】

【 認 定 申 請 】

【 新規認定施設申請 】



審査会：新規認定施設審査 第3回 2017F130

<認定病院新規申請>

新規申請期間

第1回審査会（4月1日認定）：12月1日～3月31日

第2回審査会（8月1日認定）：4月1日～7月31日

第3回審査会（12月1日認定）：8月1日～11月30日

申請書類の提出期限

審査月の前月末日までに全ての書類が提出された申請の審査を行う。

<申請条件>

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に

(2) 常勤の麻酔科医が管理する全身麻酔症例が年間

(3) 安全な麻酔を行うための施設、設備が整備さ

(4) 図書の整備、学会出席等、麻酔科医の自己研

(5) 専門医を育成するための十分な施設、設備が

今後の申請の流れに関する注意事項  
をご確認ください。

### ◆審査のお申込み

※要納の審査料は、いかなる理由があっても返還いたしません。

同意して申請へ進む

戻る

### ③ 病院情報の入力

#### 施設情報

施設漢字名	<input type="text"/>	施設組織名	<input type="text"/>
施設カナ名	<input type="text"/>	施設正式名:	<input type="text"/>
院長漢字名	<input type="text"/>	HP-URL	<input type="text"/>
院長カナ名	<input type="text"/>	Mail-Add	<input type="text"/>
郵便番号	<input type="text"/> <input type="button" value="検索"/>	都道府県	<input type="text"/>
市区町村	<input type="text"/>	代表電話	<input type="text"/>
町域番地	<input type="text"/>		
建物ビル	<input type="text"/>		
手術部	<input type="radio"/> 有り <input checked="" type="radio"/> 無し		
病床数(外科)	<input type="text"/>	病床数 合計	<input type="text"/>
病床数(内科)	<input type="text"/>		
病床数(他)	<input type="text"/>		

病床数(外科・内科・他)の合計数と合致するように記載ください。

診療科 ※該当全てにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 01.内科	<input type="checkbox"/> 10.小児科	<input type="checkbox"/> 18.小児外科	<input type="checkbox"/> 26.婦人科
<input type="checkbox"/> 02.心療内科	<input type="checkbox"/> 11.外科	<input type="checkbox"/> 19.皮膚泌尿器科	<input type="checkbox"/> 27.眼科
<input type="checkbox"/> 03.精神科	<input type="checkbox"/> 12.整形外科	<input type="checkbox"/> 20.皮膚科	<input type="checkbox"/> 28.耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/> 04.神経科(神経内科)	<input type="checkbox"/> 13.形成外科	<input type="checkbox"/> 21.泌尿科	<input type="checkbox"/> 29.気管食道科
<input type="checkbox"/> 05.呼吸器科	<input type="checkbox"/> 14.美容外科	<input type="checkbox"/> 22.性病科	<input type="checkbox"/> 30.リハビリテーション科
<input type="checkbox"/> 06.消化器科(胃腸科)	<input type="checkbox"/> 15.脳神経外科	<input type="checkbox"/> 23.肛門門科	<input type="checkbox"/> 31.放射線科
<input type="checkbox"/> 07.循環器科	<input type="checkbox"/> 16.呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 24.産婦人科	<input type="checkbox"/> 32.麻酔科
<input type="checkbox"/> 08.アレルギー科	<input type="checkbox"/> 17.心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 25.産科	<input type="checkbox"/> 6 その他
<input type="checkbox"/> 09.リウマチ科			

その他1

その他2

その他3

その他4

その他5

その他10

32. 麻酔科にレ点を入力ください。

<input type="button" value="戻る"/>	<input type="button" value="申請"/>
-----------------------------------	-----------------------------------

#### ■ 必須情報に漏れがある場合

##### 施設情報

必須項目の入力が完了していません。

黄色の項目に入力漏れがないか確認くださ

#### ④ 申請完了の場合

麻酔科医代表者情報

代表専門医を変更する。(チェック後入力可能になります。)

前任者退任日

就任日

Web ページからのメッセージ

この内容で申請します。  
申請完了後、請求書ダウンロード画面に遷移します。

担当者情報

担当者漢字名   担当者所

担当者カナ名

内容に問題なければ、OKを押してください。

【申請書】 新規申請の方はこちらも併せてダウンロードしてください。  
[麻酔科認定病院認定申請書【2014年度4月以降の新様式】](#)

【請求書】

請求番号

請求先

請求金額 10000

内容 2017年度 認定施設新規審査料

お振込み期日 2017

PDF出力Click後ファイルのダウンロード

請求書を作成し、学会事務局宛に送付ください。

請求書をダウンロードし、指定の振込先に入金ください。

#### ⑤ 審査結果について

代表専門医宛にメールで送信されます。

- 4月1日認定の場合 5月下旬
- 8月1日認定の場合 9月下旬
- 12月1日認定の場合 1月下旬