

- (1) 「公表を希望しない」を選択
- (2) 「医療機関名非公表にかかわる理由書（様式1-6）」をクリックするとPDFの理由書がダウンロードできますので、印刷し必要事項を記載してください。

医療機関
参加部門の公表
* 必須

- ・参加医療機関の名称、参加部門は原則として公表します。
- ・万が一公表を希望しない場合にのみ、「公表を希望しない」を選択し、「[医療機関名非公表にかかわる理由書](#)」(様式1-6)も合わせて送付してください。

公表を希望する
 公表を希望しない

入力内容をクリアする場合は[リセット]ボタンをクリックしてください。

確認 リセット

- (3) 印刷した参加申込書と合わせて各都道府県の担当者に提出してください。

- ⑤ 入力し終わったら「確認」ボタンをクリックし内容を確認してください。

医療機関
参加部門の公表
* 必須

- ・参加医療機関の名称、参加部門は原則として公表します。
- ・万が一公表を希望しない場合にのみ、「公表を希望しない」を選択し、「[医療機関名非公表にかかわる理由書](#)」(様式1-6)も合わせて送付してください。

公表を希望する
 公表を希望しない

入力内容をクリアする場合は[リセット]ボタンをクリックしてください。

確認 リセット

- ⑥ 内容が正しければ「印刷」をクリックしてください。

職名: ×××
連絡先: E-mail ****@**.**,
電話 111(1111)1111

6. 医療機関名・参加部門の公表
 公表を希望しない

(参加医療機関の名称及び参加部門は原則として公表いたします。やむを得ない事由により公表を希望しない時は口内をチェックし、「医療機関名非公表にかかわる理由書」(様式1-6)を添付してください。)

管理番号:20110922153110

入力内容を修正する場合は[戻る]ボタンをクリックしてください。

印刷 戻る

!!! 印刷しただけでは、参加登録されません!!!

※印刷ダイアログが出たら、プリンターを選択し、「印刷」ボタンをクリックしてください

- ⑦ 印刷された参加申込書をご確認の上、病院長印を押印し各都道府県の担当者に提出してください。