

(様式2)

説明書

(1) 医療滞在ビザ身元保証機関	(記入不要：認証組織にて確認します)																																
(2) 旅行業登録	(登録番号等を記入) 登録番号 【 】 登録種別【 第 ● 種 】																																
(3) 受入実績	(下表空欄に記入) <p style="text-align: right;">(単位：件)</p> <table border="1"><thead><tr><th colspan="2"></th><th>●年(度)</th><th>●年(度)</th><th>2ヶ年平均</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="2">受入実績</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">(うち、治療目的)</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="4">業務内訳</td><td>受診手配業務</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>受入支援業務</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>渡航・滞在支援業務</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>医療費支払支援業務</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>(注)カウント期間は、暦年、申請者の事業年度のいずれでも可。</p>			●年(度)	●年(度)	2ヶ年平均	受入実績					(うち、治療目的)					業務内訳	受診手配業務				受入支援業務				渡航・滞在支援業務				医療費支払支援業務			
		●年(度)	●年(度)	2ヶ年平均																													
受入実績																																	
(うち、治療目的)																																	
業務内訳	受診手配業務																																
	受入支援業務																																
	渡航・滞在支援業務																																
	医療費支払支援業務																																
(4) 医療機関からの推薦	(下表空欄に推薦を受ける予定の医療機関を3件以上記入) (応募審査の過程で医療機関より推薦状をご提出いただきますので、推薦確実な医療機関のみ記入願います) <table border="1"><thead><tr><th>法人名</th><th>医療機関名(病院名等)</th><th>担当部署(連絡先)</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>(注)認証組織から担当部署に対して確認の連絡をすることがあります。 (注)国公立・個人立の医療機関の場合は法人名の記入不要。</p>	法人名	医療機関名(病院名等)	担当部署(連絡先)																													
法人名	医療機関名(病院名等)	担当部署(連絡先)																															
(5) プライバシーマーク	(記入不要：認証組織にて確認します)																																
(6) 顧問医	(下表空欄に記入) <table border="1"><thead><tr><th>医師名</th><th>医師免許番号</th><th>所属医療機関名</th><th>顧問契約期間</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td>年 月～ 年 月</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>年 月～ 年 月</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>年 月～ 年 月</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>年 月～ 年 月</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>年 月～ 年 月</td></tr></tbody></table>	医師名	医師免許番号	所属医療機関名	顧問契約期間				年 月～ 年 月				年 月～ 年 月				年 月～ 年 月				年 月～ 年 月				年 月～ 年 月								
医師名	医師免許番号	所属医療機関名	顧問契約期間																														
			年 月～ 年 月																														
			年 月～ 年 月																														
			年 月～ 年 月																														
			年 月～ 年 月																														
			年 月～ 年 月																														

<p>(7) 渡航受診者への説明等</p>	<p>(渡航受診者とのトラブル防止のために整備している書類や説明のプロセスについて記入) (図表挿入や別添付資料の利用も可)</p>															
<p>(8) 事業計画</p>	<p>(今後3ヶ年の受入渡航受診者数の見込みについて下表空欄に記入)</p> <p style="text-align: right;">(単位: 件)</p> <table border="1" data-bbox="523 1272 1369 1397"> <thead> <tr> <th></th> <th>直近年(度)</th> <th>●年(度)</th> <th>●年(度)</th> <th>●年(度)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>受入渡航受診者数</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(うち、治療目的)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(社員研修計画など医療渡航支援に関する事業計画を以下に記入) (図表の挿入や別添付資料の利用も可)</p>		直近年(度)	●年(度)	●年(度)	●年(度)	受入渡航受診者数					(うち、治療目的)				
	直近年(度)	●年(度)	●年(度)	●年(度)												
受入渡航受診者数																
(うち、治療目的)																

<p>(9) 受入支援業務の状況の把握</p>	<p>(以下の2事項に同意する場合は、各文末【 】欄に○を記入)</p> <p>毎年決算後2ヶ月以内に、渡航支援業務に関する報告書(渡航受診者の基本情報(匿名で可)、受入医療機関、治療内容、及びトラブル対応結果等の情報を含む)を作成し、認証組織に提出すること。</p> <p style="text-align: right;">【 】</p> <p>渡航受診者の支援業務を行う際、受入医療機関に対し、認証組織による認証渡航支援企業の活動状況等に関する調査の可能性を伝え、可能な範囲での協力を依頼すること。</p> <p style="text-align: right;">【 】</p>
<p>(10) 医療渡航支援業務に関する理念等</p>	<p>(医療渡航支援業務に関する理念や、認識する自社のミッション等について記入)(図表の挿入や別添付資料の利用も可)</p>
<p>(11) 医療渡航支援業務への取組み体制</p>	<p>(医療渡航支援業務への取組み体制について記入) (図表の挿入や別添付資料の利用も可)</p>

<p>(12)医療渡航支援業務に関する業務範囲</p>	<p>(医療渡航支援業務に関する業務範囲について記入) (図表の挿入や別添付資料の利用も可)</p>
<p>(13)医療コーディネーター、医療通訳の確保・手配</p>	<p>(医療コーディネーターや医療通訳の確保・手配について記入) (図表の挿入や別添付資料の利用も可)</p>
<p>(14)その他</p>	<p>(以下の 5 事項に同意する場合は、各文末【 】欄に○を記入)</p> <p>渡航受診者の渡航に関して、訪日前の調整から帰国後のアフターサービスサポートまで責任をもって対応すること。 【 】</p> <p>認証組織が開催する研修等に社員を参加させる、有意義な資格等の取得を推奨する等、サービスの質の担保に努めること。 【 】</p> <p>認証組織が主催する会合や実施する調査に参加する等、医療渡航支援全体の活性化、高度化に積極的に協力すること。 【 】</p> <p>認証組織が渡航受診者や受入医療機関に対して行う調査等に協力すること。 【 】</p> <p>認証組織が求める医療渡航支援業務に関する報告、調査、業務改善、その他必要な措置等の遂行に協力すること。 【 】</p>
<p>添付資料名</p>	<p>(本紙以外に添付資料がある場合は資料名を記入)</p> <p>資料 1 【 】 資料 4 【 】 資料 2 【 】 資料 5 【 】 資料 3 【 】 資料 6 【 】</p>