

実施計画書

1 事業者情報

| | | | | |
|------------------------------|---|-------------------|-------|------|
| 事業者名 | フリガナ 名称 | | | |
| 事業者の種別（選択） | 法人 | 法人番号 | (13桁) | 代表者名 |
| | | 住所 | 〒 | — |
| 担当者 | フリガナ 氏名 | 所属部署 | | |
| | 連絡先 | 電話番号： メールアドレス： | | |
| 事業者の事業内容 （右記から選択の上、概要を記載） | <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 衛生検査所等 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> ワクチン・検査パッケージ制度等登録事業者（具体的な事業内容） | | | |

医療機関の必要事項を記入して下さい。

2 無料検査の事業に関する情報

| | | | | |
|---|--|---------------------|--|-----------------------------------|
| 検査の種類 （右記から選択・複数可） | <input checked="" type="checkbox"/> PCR検査等 | | <input checked="" type="checkbox"/> 抗原定性検査 | |
| 実施する対象事業 （右記から選択・複数可） | <PCR検査等> <input checked="" type="checkbox"/> 検体（唾液に限る）を本人が採取する際の立会い等、検査機関に対する検体の送付・検査受検者への結果通知書等の発行の求め等を行う事業 <input checked="" type="checkbox"/> 検体（鼻咽頭ぬぐい液・唾液に限る）の採取等、検体の検査、検査受検者への結果通知書等の発行等を行う事業（事業者が医療機関である場合に限る） <抗原定性検査> <input checked="" type="checkbox"/> 検体（鼻腔ぬぐい液に限る）を本人が採取する際の立会い等、検体の検査結果の結果通知書等の発行等を行う事業 <input checked="" type="checkbox"/> 検体（鼻咽頭ぬぐい液・鼻腔ぬぐい液に限る）の採取等、検体の検査、検査受検者への結果通知書等の発行等を行う事業（事業者が医療機関である場合に限る） | | | |
| 立会い等又は検査を行う事業所の名称・所在地（複数の場合は別紙）※1 | (名称) (所在地) | | | |
| 検査の単価、積算等 | 検査種類 (例) PCR検査 | 単価(税込) (例) 〇〇円 | 単価の積算 (例) 検査キット仕入額〇〇円 | 検査キット等の調達方法 (例) 唾液採取容器を××より仕入れ |
| | PCR検査 | 11,500円 | 衛生検査所の検査料 8,800円(税込み) 各種経費等 2,700円(税込み) | 衛生検査所の検査料に含む |
| | 抗原定性検査 | 6,000円 | 検査キット仕入額 3,000円(税込み) 各種経費等 3,000円(税込み) | Meiji Seika ファルマ(株)より仕入れ |
| 1日あたりの立会い等又は検査の実施回数（見込み） （事業所の場合は別紙） | 検査の種類 | ワクチン・検査パッケージ等定着促進事業 | 感染拡大傾向時の一般検査事業 | |
| | PCR検査等 | (見込みの根拠) | (見込みの根拠) | |
| | 抗原定性検査 | (見込みの根拠) | (見込みの根拠) | |

医療機関で使用する抗原キットの単価仕入れ額と調達方法を記載してください

医療機関で対応出来る1日当たりの回数を記載してください

医療機関の名称と所在地を記入して下さい。

※1：オンライン/オンライン・郵送/ドライブスルー方式により実施する場合は、記載及び実施場所を示す図面の添付は不要。

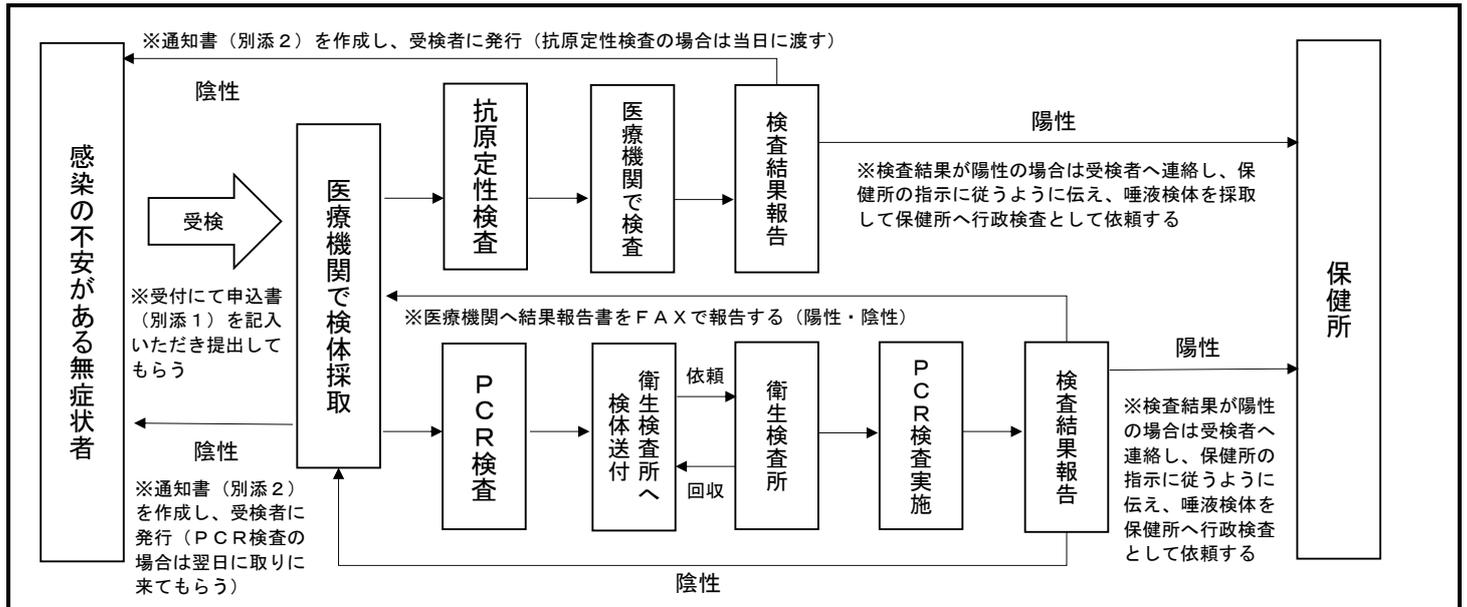
（共同事業者に関する情報【任意的記載事項】）※2

| | | |
|-------|----------------|---|
| 共同事業者 | 法人名、法人番号、代表者氏名 | (法人名) 一般社団法人別府市医師会 (法人番号) 6320005002598 (代表者氏名) 会長 矢田 公裕 |
| | 事業所の名称・所在地 | (名称) 別府市医師会地域保健センター (所在地) 〒874-0908 別府市上田の湯町10番5号 |
| | 担当者の氏名・連絡先 | (氏名) 田能村 祐一 (連絡先) 0977-23-2279 メール: tanomura@beppu-med.or.jp |
| | 事業者の事業内容 | <input type="checkbox"/> 医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 衛生検査所等 <input type="checkbox"/> その他 () |

※2：検査機関が登録する場合は、当該検査機関に関する情報を本項目に記載の上、事業者と共同して登録すること。

3 実施体制

無料検査の事業の実施体制について下欄に記載ください。関係主体がそれぞれどのような活動・どのような役割を担い、また連携を行うかを具体的に示すとともに、オンライン方式を採用する場合には具体的にどのような方法及び体制でオンライン体制を確保するかを示してください。



4 チェック事項

- 検体採取の立会いは検査管理者により実施します。
- 検体採取の立会い若しくは検査実施に係るマニュアルを作成し、または「ワクチン・検査パッケージ制度における抗原定性検査の実施要綱」又は「PCR検査等のための検体採取の立会い等に係る留意事項」をいつでも参照できるように常置しています。
- 検体採取を行う場所として、添付の図面に示した実施場所を確保しています。※1
- 過去の相当期間において、違反に基づく登録取消や関係法令の違反がなかったことを証明します。
- 「ワクチン・検査パッケージ等定着促進事業」及び「感染拡大傾向時の一般検査事業」の無料検査を行う実施事業者として登録されることを希望します。
- 本計画書の記載内容及び添付の内容に誤りがないことを証明するとともに、本事業を実施することに違反した場合は、都道府県等から交付される補助金等を返還等する必要があることについて同意します。
- 本計画書の証拠書類を保存するとともに、大分県から必要に応じて提出等の求めがあった場合には、これに応じることに同意します。
- 本計画書に記載された事項は、必要に応じて関係行政機関に提供されることに同意します。また、無料検査の実施事業者として登録された場合に、事業所名を公表されることに同意します。
- 事業者の代表者、役員等が暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）又は暴力団（同法第2条第2号に規定する暴力団をいう。）に該当せず、将来においても該当しないことを誓約します。また、上記内容に該当しないことを確認するため、大分県が県警察本部に照会することについて承諾します。

(該当する場合のみ)

- オンライン方式により、無料検査を実施します。
- オンライン・郵送方式により、無料検査を実施したいので、大分県知事の承認を求めます。
- ドライブスルー方式により、無料検査を実施します。

担当者 (職名) _____ 法人名 _____ (氏名) _____