

鳥取県知事 様

鳥取県ワクチン・検査パッケージ等に向けた無料PCR検査等事業の実施にあたり、次のとおり実施計画書を提出します。

## 実施計画書

(1) 法人名・法人番号・代表者氏名	法人名：株式会社〇〇薬局 (法人番号：xxxxxx) 代表者氏名：県庁 太郎 ※個人事業主の場合、「法人名」「法人番号」は記入不要			
(2) 実施事業者の事業内容 ※事業内容を記載の上、実施事業者の種類に該当するものに✓をいれてください。	<事業内容> ・自社が運営する「●●調剤薬局（東部〇箇所・中部〇箇所・西部〇箇所）」において抗原定性検査を実施。各店舗の薬剤師2名を検査管理者とし、検査の立会を実施。検査キットは「■■■（●●●社）」を使用。※各店舗に「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」を常置。 ・既存の相談カウンターを一部改修（仕切りを新設）の上、検体採取を実施。 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 衛生検査所 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> その他			
(3) 検査の内容 ※いずれか該当するものに✓をいれてください（複数選択可）。	<PCR検査等> <input type="checkbox"/> 実施事業者（共同で事業を実施する場合の共同事業者を含む）立会の下、検体（唾液に限る）を受検者が採取し、検査機関等で検査 <input type="checkbox"/> 実施事業者が自ら採取し、検査機関で検査を実施（唾液、鼻咽頭ぬぐい液） <抗原定性検査> <input checked="" type="checkbox"/> 実施事業者立会の下、検体（鼻腔ぬぐい液に限る）を受検者が採取 <input type="checkbox"/> 実施事業者が自ら採取し、検査を実施（鼻腔ぬぐい液、鼻咽頭ぬぐい液）			
(4) 整備内容及び金額（見込み）	既存の相談カウンターにパーテーション設置・換気扇設置等により検体採取所に改修（所要経費：50万円（見込））			
(5) 検査の種類ごとの単価、その積算、検査キットの調達方法	検査種類 (例)PCR検査	単価(税込) (例)PCR検査	単価の積算 (例)検査キット 円+検査費 円+ 送料 円	調達方法 (仕入先)
	抗原定性検査	3,500円	検査キット 3,500円(税込)	A 卸販売業者
(6) 立会または検査を実施する事業所名・所在地・連絡先等 ※複数ある場合、別紙様式を作成ください。	事業所名： 所在地： 連絡先： <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">複数箇所あるため別紙で整理</div> 検体採取日： (曜日・時間)			
(7) 立会又は検査の実施回数(見込み)	検査種類	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		回/日	回/日
	抗原定性検査		10回/日	10回/日
(8) 事業開始見込日	令和 3年 12月 22日			
(9) 担当者・連絡先	所属・氏名：株式会社〇〇薬局 ●●事業部 鳥取 太郎 連絡先(メール・電話)：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			