

別紙4-1

立会い、検査を複数箇所で行う場合

NO	立会い・検査 ※いずれに該当するか 記載してください	事業所名	所在地	検体採取日 (曜日・時間)	連絡先	整備内容及び金額 (見込み)	立会い・検査の見込み回数 (回) /1日当たり			
							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	抗原定性検査	PCR検査等	抗原定性検査
1	立会い	A薬局	●●市■町▲丁目○○番地	月～土 10時～18時	○○○○-○○-○○○○	検体採取所の改修 (カウン ター改修工事/30万円)		15		15
2	立会い	B薬局	●●市■町○○番地	月・水・金のみ 10時～18時	○○○○-○○-○○○○	検体採取所の改修 (換気扇設 置/50万円)		20		20
3	立会い	C薬局	●●町■ 〇〇番地	月～金 10時から18時 土 10時～15時	○○○○-○○-○○○○	検体採取所の新設 (パーテー ション設置、棚の購入、照明 設置など/100万円)		5		5
4	立会い	D薬局	●●市■町▲丁目○○番地	毎日 8時30分～17時30分	○○○○-○○-○○○○	予定なし (既存設備を活用)		10		10
5										

(適宜、行を追加)