

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 A 検査機関（法人番号：xxxxxx） 代表者氏名：県庁 次郎 ※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。	<p>&lt;事業内容&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>共同事業者である「B薬局」「C薬局」と連携し、PCR検査を実施。</li> <li>自社窓口、B薬局及びC薬局で検体採取を行い、当社のルート配送により検体を当社検査機関に搬入し、検査を実施。</li> <li>午前搬入で当日、午後搬入で翌日の午前中に検査結果通知書を発行</li> <li>検体採取をした検査所（自社窓口、B薬局及びC薬局）から受検者に結果通知を手交</li> <li>各検査所に事務員及び薬剤師の計2名以上を検査管理者を配置し、検体採取の立会を実施。各検査所に「PCR検査等のための検体採取の立会い等に係る留意事項」を常置。</li> <li>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。</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>医療機関 <input checked="" type="checkbox"/>衛生検査所 <input checked="" type="checkbox"/>薬局</p> <p><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</p>			
(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）。	<p>&lt;PCR検査等&gt;</p> <p><input checked="" 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）立会いの下、検体（唾液に限る）を受検者が採取し、検査機関等で検査</p> <p><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）</p> <p>&lt;抗原定性検査&gt;</p> <p><input type="checkbox"/>実施事業者立会いの下、検体（鼻腔ぬぐい液に限る）を受検者が採取</p> <p><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）</p>			
(4)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・什器整備により検体採取所に改修 (所要経費：40万円(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)
	PCR検査	8,500円	検査キット800円+検査費7,000円 +送料700円	B卸販売業者
		円		
(6)立会いは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、別紙様式を作成下さい。	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)立会い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		20回/日	100回/日
	抗原定性検査		回/日	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 A 検査機関 ●●検査部 鳥取 次郎 連絡先(メール・電話)：〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			