

実施計画書

(当初申請 変更申請 変更届出)

1 事業者情報

(1) 事業者名	フリガナ 名称	イッパンヤクフホウジン 〇〇加 一般社団法人 〇〇会			
(2) 事業者の種別 (選択)	法人	法人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇 (13桁)	代表者名	〇〇 〇〇
	個人	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇-〇		
(3) 担当者	フリガナ 氏名	〇〇 〇〇	所属部署	〇〇課	
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
		メールアドレス	〇〇@〇〇〇〇		
(4) 事業者の事業内容 (右記から選択の上、概要を記載)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 衛生検査所等 <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 【具体的な事業内容】 ()				

2 無料検査の事業に関する情報

(1) 検査の種類 (右記から選択・複数可)	<input type="checkbox"/> PCR検査等 <input checked="" type="checkbox"/> 抗原定性検査			
(2) 実施する対象事業 (右記から選択・複数可)	<PCR検査等> <input 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 (第1号事業) <input 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 (第2項第1号の事業: 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、検体の検査結果の読み取り、検査受検者への結果通知書等の発行等を行う事業 (第3号事業) <input 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 (第2項第2号の事業: 事業者が医療機関である場合に限る)			
(3) 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) ※3	(名称) 〇〇調剤薬局 (所在地) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇-〇			
(4) 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) 検査キット名/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
	抗原定性検査	3,800円	(検査キット名) 800円+各種経費 3,000円	A販売卸売業者
	抗原定性検査	4,000円	(検査キット名) 1,000円+各種経費 3,000円	B販売卸売業者
	PCR検査	8,500円	検査委託料 (送料・回収費含む) 5,000円+容器代500円+運営経費3,000円	C株式会社
(5) 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	10回/日	20回/日	
	抗原定性検査	10回/日	20回/日	

※3 : 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】) ※4

(6) 共同事業者	法人名、法人番号、代表者氏名	(法人名) (代表者氏名)	(法人番号)
	事業所の名称・所在地	(名称) (所在地) 〒 -	
	担当者の氏名・連絡先	(氏名) (連絡先)	
	事業者の事業内容	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 衛生検査所等 <input type="checkbox"/> その他 ()	

※4 : 第2号事業を行う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、第1号事業を行う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。

- ・〇〇会が運営する「〇〇調剤薬局」において抗原定性検査を実施。当該店舗の薬剤師を検査管理者とし、検査の立会を実施。
 - ・検査キットは「〇〇（〇〇社）」を使用。
- （※当該薬局に「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項」を常置。）

【店舗内で検査を実施する場合】

- ・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。

【ドライブスルー方式による検査を実施する場合】

- ・敷地内駐車場（2車両分）において、プライバシーに留意し検体採取。
- ・必要に応じて誘導員を配置し、検体採取の実施場所まで安全に誘導した上で、車のエンジンを停止させ、窓を開けるよう案内。

（該当する場合のみ）

オンライン方式（実施要領第1条第4項前段）により、無料検査を実施します。

オンライン・郵送方式（実施要領第1条第4項後段）により、無料検査を実施したいので、宮崎県知事の承認を求めます。

ドライブスルー方式（実施要領第1条第5項）により、無料検査を実施します。

4 検査実施日時

(1) 検査開始日	令和4年1月11日 から実施予定	(2) 定休日 (曜日等を記載)	日曜、祝日
(3) 検査実施時間※5	13:00 ~ 18:30	(4) 備考 (検査実施時間)	土曜日は13:00まで (薬局の開業時間は9:30~18:30)

※5：検査実施の対応が可能な時間であり、薬局や医療機関等の事業所の開業時間ではないことに注意してください。

5 検体採取場所の整備に要する経費の有無

品名	単価(円)	数量	税込価格(合計)
パーティション	5,500	2	11,000円
衝立	5,500	3	16,500円
テーブル	16,500	2	33,000円
イス	5,500	3	16,500円
テント	44,000	1	44,000円
			0円
			0円
			0円
			0円
			0円
合計			121,000円