別紙２

**検査協力事業者申込書**

「福祉施設におけるスクリーニング検査の実施に係る協力事業者募集」に応募します。

提出年月日：令和２年　　月　　日

**１　申込を行う事業者**

　事業者の名称：

　所在地：

　代表者の職・氏名：

　担当部署・担当者：

　連絡先：　（電話）　　　　　　　　　　　（Email）

**２　各検査法の対応状況等**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査法 | | 対応可否  ※１ | 処理可能件数　※２  （全体） | 処理可能件数　※２  （左のうち本事業分） | 検査費用 |
| PCR | 鼻咽頭 |  | 件/日 | 件/日 | 円/件 |
| 唾液 |  | 件/日 | 件/日 | 円/件 |
| 抗原定量 | 鼻咽頭 |  | 件/日 | 件/日 | 円/件 |
| 唾液 |  | 件/日 | 件/日 | 円/件 |

　※１　対応している検査法に「○」を付してください。

※２　おおよその数値で構いません。

　※３　表への記入が難しい場合（例：時期によって処理可能件数が異なる、今後対応可能となる検査法がある、等）には、表を改変していただくほか、別紙を御作成いただいても差し支えありません。

**３　協力事業者としての業務開始可能時期**　：　令和　　年　　月　　日頃から

**４　協力医療機関等について**

　　本事業で陽性と判定された方の確定診断に当たって、以下の中に対応可能なものがあれば教えてください（番号に○）。

　　　　１　医療行為としての検査も実施可能

　　　　２　協力医療機関等を紹介可能

　　　　３　その他（具体的な内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**５　特記事項等**

その他、協力事業者として事業に御協力いただくに当たり、あらかじめ都が把握しておくべき事項があれば、御記入ください。

|  |
| --- |
|  |

**※衛生検査所登録証明書の写しを必ず添付してください。**