

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。