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（対応可に○） | 検査可能件数（行政検査等含む）a | ○月○日時点の行政検査等実施件数　b | aのうち都の補助金による整備件数　c | 本事業の充当可能件数d=a-（bとcの大きい方） | 検査費用（税込） |
| PCR |  |  |  |  |  |  |
| 抗原定量 |  |  |  |  |  |  |

※　a・cについて、令和２年度内に拡充の予定がある場合は、拡充後の件数を記入してください。

※　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、適宜表を改変していただくほか、別紙を作成いただいても差し支えありません。

**３　検体回収方法（番号に○）**

　　　　１　事業者が施設を訪問して回収

　　　　２　運送会社による回収（検査費用とは別に送料が必要）

**４　協力事業者としての業務開始可能時期**　：　令和　　年　　月（上旬・中旬・下旬）頃から

**５　協力医療機関等について（番号に○）**

検査を行う施設に紹介可能な協力医療機関等がある場合は、教えてください。

　　　　１　ある（協力医療機関等の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　２　ない

**６　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。**

**※　御社の企業概要や、御社で実施している検査を紹介するパンフレットなど、参考になる資料があれば、あわせて御提供ください。**