

千葉県知事 〇〇 〇〇 様

所在地 千葉県〇〇市〇〇1-1-1  
名称 株式会社〇〇  
代表者職氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

千葉県新型コロナウイルス感染症に係るPCR等検査無料化事業に係る  
「ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業」及び「感染拡大傾向時の一般検査事業」  
実施計画書

## ＜1. 申請区分＞

新規 変更

※該当区分のチェック欄に☑をお願いします。

## ＜2. 事業者が実施する事業の内容＞

## 【PCR検査等】

 検体（鼻腔ぬぐい液及び唾液に限る。）を本人が採取する際に立ち合い、検査機関へ検体を送付する。  
（第1号事業） 検査機関が上記事業者から送付された検体の検査を実施し、結果通知書を発行する。（第2号事業） 医療機関が検体（鼻咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液及び唾液に限る。）を採取し、検査を実施し、結果通知書を発行する。（第2項第1号の事業）

## 【抗原定性検査】

 検体（鼻腔ぬぐい液に限る。）を本人が採取する際に立ち合い、検査結果を読み取り、結果通知書を発行する。（第3号事業） 医療機関が検体（鼻咽頭ぬぐい液及び鼻腔ぬぐい液に限る。）を採取し、検査を実施し、結果通知書を発行する。（第2項第2号の事業）

※該当実施事業のチェック欄に☑をお願いします。

## ＜3. 検査キット等の調達方法並びに検査の種類ごとの単価及びその積算＞

検査種別	調達方法	単価（税込・送料込）	積算（単価の内訳）
（例）PCR検査等	（例）〇〇より購入。	（例）5,000円	（例）本体価格〇円＋送料〇円＋検査料〇円
PCR検査等	〇〇（株）より購入。	5,000円	本体価格（検査料含む）4,200円＋送料800円
抗原定性検査	〇〇薬品（株）より購入。	1,000円	本体価格1,000円

## ＜4. 本事業の実施に係る設備整備の概要及び概算＞

概要及び概算額の内訳	概算額合計
（例）店舗内にブースを2個設置する。設備費約〇〇万円、設置費約〇〇万円。	
店舗内にブースを2個設置する。設備費約20万円、設置費約5万円。	約25万円

※事業所が複数ある場合は、別紙（参考様式2）により提出をお願いします。

## ＜5. 検査に係る事業の実施体制に係る事項＞

法人名又は屋号	株式会社〇〇
法人番号（13桁）	0000000000000
代表者氏名	代表取締役 〇〇 〇〇

事業者の事業内容			
<input checked="" type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 衛生検査所等 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> ワクチン検査パッケージ制度・対象者全員検査等登録事業者（主たる事業内容： ） （例）イベントの企画・運営 ※該当実施事業のチェック欄に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 ※ワクチン検査パッケージ制度・対象者全員検査等登録事業者については、主たる事業内容の記載をお願いします。			
検体採取の立会い等、又は検査を実施する事業所名及びその所在地			
郵便番号	所在地	電話番号	事業所名
〒000-0000	千葉県〇〇市〇〇1-1-1	000-000-0000	〇〇薬局〇〇店
※事業所が複数ある場合は、別紙（参考様式2）により提出をお願いします。			
事業担当者所属・氏名	〇〇部 〇〇 〇〇		
電話番号	000-000-0000		
FAX番号	000-000-0000		
メールアドレス	aaa@bbb.jp		

<6. 事業所において見込まれる、立会い等又は検査の1日あたりの実施回数>

「ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業」		「感染拡大傾向時の一般検査事業」	
PCR検査等	5回/日	PCR検査等	10回/日
抗原定性検査	5回/日	抗原定性検査	10回/日

<7. 特記事項>

<p>(例) 〇曜日、〇曜日は実施不可。PCR検査は〇月〇日より対応。  <b>〇曜日、〇曜日は実施不可。PCR検査は〇月〇日より対応。</b></p> <p>※一般の方向けにお知らせしたい内容を記載してください。県HPの実施事業所一覧に併せて掲載する予定です。</p>
---

<8. 下記必要事項の確認> (チェック欄にをお願いします。)

<input checked="" type="checkbox"/> 検体採取の立会いは検査管理者により実施します。(第1号事業・第3号事業を実施する場合に限る。) <input checked="" type="checkbox"/> 「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綱」・「PCR検査等のための検体採取の立会い等に係る留意事項」又は事業者において作成した検体採取の立会い若しくは検査実施に係るマニュアルをいつでも参照できるように常置しています。 <input checked="" type="checkbox"/> 検体採取を行う場所として、添付の図面に示した実施場所を確保しています。 <input checked="" type="checkbox"/> 過去の相当期間において、実施要領の違反に基づく登録取消や関係法令の違反がなかったことを証明します。 <input checked="" type="checkbox"/> 「ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業」及び「感染拡大傾向時の一般検査事業」の無料検査を行う実施事業者として登録されることを希望します。 <input checked="" type="checkbox"/> 本計画書の記載内容及び添付の内容に誤りがないことを証明するとともに、実施要領に従った事業を実施することに違反した場合は、都道府県等から交付される補助金等を返還等する必要があることについて同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者登録後、事業者の対象とならないことが判明した場合は、登録を取り消し、既に事業を実施していた場合であっても補助金の申請ができないことに同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 本計画書の証拠書類を保存するとともに、県から必要に応じて提出等の求めがあった場合には、これに応じることに同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> 本計画書に記載された事項は、必要に応じて関係行政機関に提供されることに同意します。また、無料検査の実施事業者として登録された場合に、事業所名を公表されることに同意します。
--

<8. 添付書類一覧>

- ・誓約書（第1号様式別紙1） ※代表者印の押印が必要です。
- ・役員等名簿（第1号様式別紙2） ※代表者印の押印が必要です。
- ・振込先申出書（参考様式1）
- ・事業所内の実施場所を示す図面 ※ドライブスルー方式、オンライン方式の検体採取立ち合いの場合は不要です。
- ・整備予定の設備または同等品のカタログの写し
- ・（事業所が複数ある場合）事業所一覧表（参考様式2）