

実施計画書例

1 事業者情報

事業者名	フリガナ 名称				
事業者の種別（選択）	法人	法人番号	(13桁)	代表者名	
		住所	〒	—	
	個人	住所	〒	—	
担当者	フリガナ 氏名			所属部署	
	連絡先	電話番号：	—	—	
		メールアドレス：		@	
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 type="checkbox"/> 薬局 <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（具体的な事業内容）				

2 振込先情報

金融機関名		金融機関コード	(4桁)
本・支店名		支店コード	(3桁)
預金種別	1：普通 2：当座（いずれかを選択）	口座番号 ※1	(7桁)
フリガナ 口座名義人 ※2			

※1：口座番号が6桁以下の場合、はじめに「0」を記載してください。

※2：必ず上記事業者に関する名義の口座をしてください。

（上記事業者が法人の場合は当該法人、個人事業者の場合は当該個人の口座に限ります）

3 無料検査の事業に関する情報

検査の種類 (右記から選択・複数可)	<input type="checkbox"/> PCR検査等		<input type="checkbox"/> 抗原定性検査	
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・鼻腔ぬぐい液に限る）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・鼻腔ぬぐい液・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 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）			
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) (所在地) 〒 —			
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
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・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	(見込みの根拠)		(見込みの根拠)
	抗原定性検査	(見込みの根拠)		(見込みの根拠)

※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

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。

4 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。

5 チェック事項

- 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。)
- 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作成し、または「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」又は「PCR検査等のための検体採取の立会い等に係る留意事項」をいつでも参照できるように常置しています。
- 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。※3
- 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。
- 「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。
- 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。
- 本計画書の証拠書類を保存するとともに、〇〇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。
- 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。
- 事業者の代表者、役員等が〇〇に規定する暴力団、暴力団員等に該当せず、将来においても該当しないことを誓約します。また、上記内容に該当しないことを確認するため、〇〇県が〇〇県警察本部に照会することについて承諾します。

(該当する場合のみ)

- オンライン方式(実施要領第1条第5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5項後段)により、無料検査を実施したいので、〇〇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6項)により、無料検査を実施します。

担当者 (職名) _____ 法人名 _____
(氏名) _____

実施計画書別紙

事業所名	所在地	1日当たりの立会い等又は検査の実施回数（見込み）			
		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	抗原定性検査	PCR検査等	抗原定性検査
	〒 ー	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)
	〒 ー	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)
	〒 ー	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)
	〒 ー	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)