

実施計画書

1 事業者情報

①事業者名	フリガナ カブシキガイシャエービーシーヤツキョク 名称 株式会社ABC薬局
②事業者の種別（選択）	法人 法人番号 3000000000011 (13桁) 代表者名 滋賀 太郎
	住所 〒520-8577 大津市京町四丁目1-1
③担当者	フリガナ 氏名 滋賀 花子 所属部署 調剤運営本部 薬事部
	連絡先 電話番号：077-528-0000 メールアドレス：asxxxxx@pref.shiga.lg.jp
④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 checked="" 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 無料検査の事業に関する情報

①検査の種類 (右記から選択・複数可)	<input checked="" type="checkbox"/> PCR検査等 <input checked="" type="checkbox"/> 抗原定性検査			
②実施する対象事業 (右記から選択・複数可)	<PCR検査等> <input checked="" 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 <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(医療機関に限る。) <抗原定性検査> <input checked="" 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 <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(医療機関に限る。)			
③立会い等または検査を行う事業所の名称・所在地・電話番号 ※1 ※複数ある場合は、別紙様式を作成してください。	(名称)ABC薬局 石山店 (所在地)〒520-0832 滋賀県大津市粟津町〇番〇号 (電話番号)077-528-0000			
④事業所の開設時間 (例) 火～金 10:00～18:00 土日・祝 10:00～12:00 月 休日	月・火・水・金：9:00～20:00 木：9:00～18:00 土：9:00～13:00 日・祝日：休日			
⑤事業開始見込み日	令和4年1月12日			
⑥整備に要する費用(見込み)※2	198,000円(税込) (※費用内訳一覧を添付すること(様式は任意))			
⑦検査の単価、積算等	検査種類 (例)PCR検査	単価(税込) (例)7,000円	単価の積算 (例)検査キット@円+検査費@円+送料@円	検査キット等の調達方法 (例)××より仕入れ
	PCR検査	5,000円	検査キット1,860円+検査費1,980円+送料1,160円	(株)〇〇グループPCRセンターより仕入
	抗原定性検査	858円	検査キット858円	〇〇薬品より仕入 △△抗原テスト
⑧1日あたりの立会い等または検査の実施回数(見込み) ※事業所が複数ある場合は、別紙様式を作成してください。	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	5		20
		(見込みの根拠) 薬局の業務負担を考慮実施可能な回数		(見込みの根拠) 薬局の業務負担を考慮実施可能な回数
抗原定性検査	5		20	
	(見込みの根拠) 薬局の業務負担を考慮実施可能な回数		(見込みの根拠) 薬局の業務負担を考慮実施可能な回数	

※1：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、記載および実施場所を示す図面の添付は不要。

※2：補助上限額「加算枠」の対象となる費用については、費用内訳一覧に加算枠対象費用であることを明示すること。(※「加算枠」の要件については交付要綱第3条を参照。)

(共同事業者に関する情報【任意的記載事項】) ※3

共同事業者	法人名、法人番号、代表者氏名	(法人名) 株式会社〇〇グループ (法人番号) 4000000000056 (代表者氏名) 代表取締役 〇〇 〇〇
	事業所の名称・所在地	(名称) 〇〇グループ検査センター (所在地) 〒560-0000 大阪府〇〇市△△町1-1
	担当者の氏名・連絡先	(氏名) 取締役 〇〇 〇〇 (連絡先) 06-6000-0000
	事業者の事業内容	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input checked="" type="checkbox"/> 衛生検査所等 <input type="checkbox"/> その他 ()

※3 : 交付要綱第5条第1項第3号に規定する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、交付要綱第5条第1項第2号アに定める事業を行う事業者と共同して登録すること。

3 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およ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。

<p>■PCR検査</p> <ul style="list-style-type: none">・〇〇グループ検査センターと連携し、PCR検査を実施。・自社が運営する薬局において検体採取を行い、郵送により検体採取の翌日に〇〇グループPCR検査センターに搬入し、検査を実施。検体採取のキットは検査受付時に検査管理者から受検者に渡す。・抗原定性検査実施前に「医療従事者の不在時における新型コロナウイルス抗原定性検査のガイドライン」や「理解度確認テスト」を受講した者を検査管理者とする。・検体搬入された翌日中に〇〇グループ検査センターから受検者および薬局に結果通知を電子メール等により送信。・従業員を検査管理者とし、検体採取の立会いを実施。店舗に「PCR検査等の実施に係る留意事項」を常置。・店舗内にパーティション等で簡易的な検査場所を設け、検体採取を実施。排煙窓および空気清浄機等により、換気。 <p>■抗原定性検査</p> <ul style="list-style-type: none">・自社が運営する薬局において抗原定性検査を実施。従業員を検査管理者とし、検査の立会いを実施。検査キットは「△△抗原テスト(〇〇薬品)」を使用し、検査受付時に検査管理者から受検者に渡す。※店舗に「抗原定性検査の実施に係る留意事項」を常置。・抗原定性検査実施前に「医療従事者の不在時における新型コロナウイルス抗原定性検査のガイドライン」や「理解度確認テスト」を受講した者を検査管理者とする。・店舗内にパーティション等で簡易的な検査場所を設け、検体採取を実施。排煙窓および空気清浄機等により換気。
--

4 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。(交付要綱第5条第1項第2号に定める事業を実施する場合に限る。)
- 検体採取の立会いもしくは検査実施に係るマニュアルを作成し、または実施要領別添1「PCR検査等の実施に係る留意事項」または実施要領別添2「抗原定性検査の実施に係る留意事項」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。※1
- 過去の相当期間において、実施要領の違反に基づく認定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」および「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認定されることを希望します。
- 本計画書の記載内容および添付の内容に誤りがないことを証明するとともに、実施要領等に従った事業を実施することに違反した場合には、県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、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認定された場合に、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、役員等が暴力団、暴力関係団体またはその他の反社会的勢力に属するものおよびこれらの関係者ではなく、また暴力団員でなくなつてから5年を経過していない者ではないことを誓約します。

(該当する場合のみ)

- オンライン方式(交付要綱第5条第3項)により、無料検査を実施します。
- オンライン・郵送方式(交付要綱第5条第3項)により、無料検査を実施したいので、知事の承認を求めます。
- ドライブスルー方式(交付要綱第5条第4項)により、無料検査を実施します。

法人名 株式会社ABC薬局

担当者 (職名) 調剤運営本部 薬事部 (氏名) 滋賀 花子