様式第４（第９条関係）

滋賀県ＰＣＲ等検査無料化事業週次報告書

年　　月　　日

　（宛先）

　　滋賀県知事

申請者　　住所

氏名

*（法人にあっては名称および代表者の職名・氏名）*

*（自治体にあっては市(町)長の氏名）*

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発行責任者・担当者　氏名

*（法人にあっては発行責任者および担当者の氏名）*

*（自治体にあっては担当者の氏名）*

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　年　　月　　日付け　　　　　第　　号で登録を受けた計画に基づく事業について、滋賀県ＰＣＲ等検査無料化事業費補助金交付要綱第９条第１項の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

　１．対象期間：　　　年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日まで

　２．検査数および陽性数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査種類 | 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 | 件  （　　　　　　件） | 件  （　　　　　件） |
| 抗原定性検査 | 件  （　　　　　　件） | 件  （　　　　　件） |

（注）（　）内には、検査の結果陽性であった件数を記入すること

（注）用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。