（別紙）

ワクチン検査パッケージ制度・対象者全員検査等における

抗原定性検査を使用した検査実施体制に関する確認書

1. **検体採取に立ち会う検査管理者が研修を受講**していることを確認して、リスト化しています。
2. 抗原定性検査を使用した検査の結果が陽性となった場合に**紹介先として受診可能な医療機関（新型コロナウイルス感染症の診断・治療・検査を行う医療機関）を把握しておくなど**事前に対応を決めています。
3. 抗原定性検査は、**ワクチン検査パッケージ制度・対象者全員検査等における検査結果確認の目的のみ**に使用します。
4. 検査は、研修を受けた**検査管理者の立会い・管理下において実施**します。
5. 検査結果が陽性だった者には、直ちに**事前に確認した医療機関を紹介**するなどして、受診を促します。

以上①から⑤までについて間違いないことを確認しました。

□ 確認日：令和 　年 　 月 　日

□ 確認者（抗原定性検査キット等購入者）：株式会社○○○○

□ 確認者の住所：○○県○○市○○

□ 確認者が法人である場合には責任者の役職および氏名

 役職：（例） 氏名：○○○○

□ 担当者の氏名と連絡先電話番号

氏名：○○○○ 連絡先電話番号：○○○-○○○○-○○○○

□ 購入予定数：●●●●個

□ 検査結果が陽性となった者に紹介する医療機関※の名称

○○○○診療所（住所：〇〇県〇〇市〇〇）

□ 検査結果が陽性となった者に紹介する医療機関※の電話番号：

○○○-○○○○-○○○○

* 医療機関名を記載する場合は、あらかじめ医療機関の了解を得た上で記入してください。