　草加市長　宛て

　年　月　日

草加市高年者施設等ＰＣＲ検査申込書

　下記の同意事項を確認した上で、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **法人名** |  | | |
| **サービス種別** |  | | |
| フリガナ  **施設名** |  | | |
| **施設住所** | 〒 | | |
| **代表者名** |  | **担当者名** |  |
| **施設電話番号** |  | **施設メールアドレス** |  |
| **希望する検査キット数** | **※陽性者が判明した１案件につき、１施設当たり２５個を上限とします。**  **個** | | |

**同意事項**　※□にチェックしてください。

□ 市が検査機関や受検状況、結果等の情報を必要に応じて共有することに同意します。

□ 検査結果が陽性となった際は、検査機関の提携医療機関にて診療を受けることに同意します。

□ 陽性者発生時は保健所の指示等に従い、対応することについて同意します。

□ 検査キットは施設従事者本人のみに使用させることに同意します。

□ 検査キットは検体採取の翌日までに発送することに同意します。

□ 検査結果の確認に必要である検査キットの箱の保管またはID番号を記録する事に同意します。

□ 市から職員名簿等、必要書類等の提出を求められた場合は、指示に従うことに同意します。

□ 別添資料「草加市高年者入所施設における行政検査等対象外の入所者・従事者に対するＰＣＲ検査の実施に

　　ついて」について内容を確認し、同意します。

【担当】

　草加市　健康福祉部　計画・指導係

電話番号：048-922-1032（直通）

ＦＡＸ番号：048-922-3279

メールアドレス：kaigohoken@city.soka.saitama.jp