

## 質問回答書

	質問内容	回答
1		
2		
3		
4		
5		

※欄が不足する場合は、適宜行を追加してください。

## 【都からの問合せ・回答先】

事業者の名称：

御担当部署：

御担当者名：

連絡先：(電話)

(E-mail)

## 検査協力事業者申込書

「福祉施設におけるスクリーニング検査の実施に係る協力事業者募集」に応募します。

提出年月日：令和2年 月 日

### 1 申込を行う事業者

事業者の名称：

所在地：

代表者の職・氏名：

担当部署・担当者：

連絡先：（電話）

（Email）

### 2 各検査法の対応状況等

検査法	対応 (対応可 に○)	検査可能件数 (行政検査等含む) a	○月○日時点の 行政検査等 実施件数 b	aのうち都の 補助金による 整備件数 c	本事業の充当可能件数 $d=a-(bとcの大きい方)$	検査費用 (税込)
PCR						
抗原定量						

※ a・cについて、令和2年度内に拡充の予定がある場合は、拡充後の件数を記入してください。

※ 表への記入が難しい場合（例：時期によって処理可能件数が異なる、今後対応可能となる検査法がある、等）には、適宜表を改変していただくほか、別紙を作成いただいても差し支えありません。

### 3 検体回収方法（番号に○）

- 1 事業者が施設を訪問して回収
- 2 運送会社による回収（検査費用とは別に送料が必要）

### 4 協力事業者としての業務開始可能時期： 令和 年 月（上旬・中旬・下旬）頃から

### 5 協力医療機関等について（番号に○）

検査を行う施設に紹介可能な協力医療機関等がある場合は、教えてください。

- 1 ある（協力医療機関等の名称： \_\_\_\_\_ )
- 2 ない

### 6 特記事項等

その他、協力事業者として事業に御協力いただくに当たり、あらかじめ都が把握しておくべき事項があれば、御記入ください。

※ 衛生検査所登録証明書の写しを必ず添付してください。

※ 御社の企業概要や、御社で実施している検査を紹介するパンフレットなど、参考になる資料があれば、あわせて御提供ください。