

# 高齢者・障害者入所施設従事者用検査キット申込書

※太枠部分のみを記入してください。

申込日

令和

年

月

日

## 申込者

施設名			
郵便番号	〒		
住所			
施設種別 ※該当する施設区分の欄に ○印を記載してください。	高齢者施設	<input type="radio"/> 1. 介護老人福祉施設	<input type="radio"/> 2. 地域密着型介護老人福祉施設
		<input type="radio"/> 3. 介護老人保健施設	<input type="radio"/> 4. 介護医療院
		<input type="radio"/> 5. 介護療養型医療施設	<input type="radio"/> 6. 認知症対応型共同生活介護
		<input type="radio"/> 7. 養護老人ホーム	<input type="radio"/> 8. 軽費老人ホーム
		<input type="radio"/> 9. 有料老人ホーム	<input type="radio"/> 10. サービス付き高齢者向け住宅
	障害者施設	<input type="radio"/> 11. 障害者支援施設	<input type="radio"/> 12. 福祉型障害児入所施設
		<input type="radio"/> 13. 医療型障害児入所施設	<input type="radio"/> 14. 共同生活援助事業所
		<input type="radio"/> 15. 福祉ホーム	
担当部署・担当者名			
連絡先(電話)			
メールアドレス・FAX			

## 申込内容 ※AまたはBプランのいずれかに○印を記載の上、従業員数および必要数を記入してください。

プラン	最大テスト回数	従業員数	必要数(※)
<input type="radio"/> A	抗原定性検査 8回	人	テスト分
<input type="radio"/> B	抗原定性検査 4回	人	テスト分
	PCR検査 4回		テスト分

※最大テスト回数×従業員数が配布可能数です。この範囲内で、必要なキットの数を記載してください。

※これまでに配布したキットに余りがある場合は、その数を減じた数が配布可能数となります。キットの余りがある場合は、右枠にご記入ください。

在庫数

抗原定性検査

テスト分

PCR検査

テスト分

## 事務局・提出先

広島県高齢者・障害者入所施設従事者に対する検査支援事業事務局 (介護施設従事者検査支援事務局)

メールアドレス

fukushi@kensa-p.online

FAX番号

082-258-5720

WEBサイト

<https://hiroshima-pcr.jp/fukushi/>

電話番号：070-2446-1817、070-2446-1818、070-2446-1819、070-2446-1820(受付時間 9時30分～17時30分まで)

※メールでお送りいただく場合は、件名を「広島県無料検査キット申込書」としてください。 ※メールまたはFAXにてお送りいただいた後、事務局まで必ずお電話ください。



## ◎留意事項

- 配布されるキットについて従事者以外には使用しないでください(入所者には使用しないでください。)
- 抗原定性検査は、医療従事者の管理下で実施する必要があります。医療従事者不在時に検査を実施する場合は、「検査管理者」が同席する必要があります。そのため、施設内で最低1名「検査管理者」を任命してください。「検査管理者」となる方は、検査日までにキットと一緒に送付される「検査管理者テキスト」を熟読の上、テキスト内にある「理解度確認テスト」が全問正解できるようにしてください。
- 抗原検査キットによって陽性となった場合は速やかに医療機関を受診してください。
- 本事業で配布された抗原定性検査キットは、「新型コロナウイルス感染症の感染急拡大が確認された場合の対応について」(令和4年1月5日付け厚生労働省事務連絡 令和4年2月2日一部改正)に基づき、濃厚接触者で社会機能維持者である方が待機期間を短縮するために実施する検査として使用することが可能です。
- 複数施設分の同梱発送を希望する場合でも、申込書は施設ごとに分けて作成してください。