

埼玉県知事 様

実施計画書や交付申請書、週報等の書類のやり取りをする担当者をご記入ください

申請日: 2021年12月23日

PCR等検査無料化事業の実施にあたり、次のとおり実施計画書を提出します。

13 桁ご入力をお願いします

実施計画書

薬局等

① 実施事業者	法人番号	1234567890123	② 担当者	所属	埼玉薬局 高砂支店																					
	法人名	埼玉薬局		氏名	△△ △△																					
	代表者職氏名	代表取締役 ○○ ○○		電話番号	048-830-3557																					
	所在地	〒 330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1		メールアドレス	xxx-00@xxx.ne.jp																					
	③ 実施事業者の区分	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 衛生検査所等 <input checked="" type="checkbox"/> 薬局																								
	④ 事業内容	調剤薬局、服薬指導																								
⑤ 検査方法	PCR検査等 <input checked="" type="checkbox"/> 検体(唾液に限る。)を本人が採取する際に立会い、検査機関等で実施 <input type="checkbox"/> 実施事業者が自ら検体を採取し、検査を実施(医療機関に限る。) 抗原定性検査 <input checked="" type="checkbox"/> 検体(鼻腔ぬぐい液に限る。)を本人が採取し、検査を行う際に立会い <input type="checkbox"/> 実施事業者が自ら検体を採取し、検査を実施(医療機関に限る。)																									
⑥ 立会いまたは検査行う事業所名または所在地 (HPにて公開します)	所在地 〒 330-0063 電話番号: 048-830-xxxx 埼玉県さいたま市高砂3-xx-x																									
事業所名	埼玉薬局高砂店																									
⑦ 施設整備費(見込み)	117,000 円 ※積算根拠は別紙のとおり																									
⑧ 検査の単価等	<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査の種類</th> <th>単価(税込)</th> <th colspan="3">単価の積算根拠</th> <th>調達方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">PCR検査等</td> <td rowspan="2">7,200 円</td> <td>検査キット代</td> <td>3,000 円</td> <td></td> <td rowspan="2">●●検査センターから調達</td> </tr> <tr> <td>検査費</td> <td>3,500 円</td> <td>送料 700 円</td> </tr> <tr> <td>抗原定性検査</td> <td>1,500 円</td> <td colspan="3"></td> <td>▲▲薬品から調達</td> </tr> </tbody> </table>					検査の種類	単価(税込)	単価の積算根拠			調達方法	PCR検査等	7,200 円	検査キット代	3,000 円		●●検査センターから調達	検査費	3,500 円	送料 700 円	抗原定性検査	1,500 円				▲▲薬品から調達
検査の種類	単価(税込)	単価の積算根拠			調達方法																					
PCR検査等	7,200 円	検査キット代	3,000 円		●●検査センターから調達																					
		検査費	3,500 円	送料 700 円																						
抗原定性検査	1,500 円				▲▲薬品から調達																					
⑨ 1日当たりの立会い又は検査の見込み回数	<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査の種類</th> <th>ワクチン・検査パッケージ等定着促進事業</th> <th>感染拡大傾向時の一般検査事業</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PCR検査等</td> <td>5 回 / 日</td> <td>15 回 / 日</td> </tr> <tr> <td>抗原定性検査</td> <td>5 回 / 日</td> <td>15 回 / 日</td> </tr> </tbody> </table>					検査の種類	ワクチン・検査パッケージ等定着促進事業	感染拡大傾向時の一般検査事業	PCR検査等	5 回 / 日	15 回 / 日	抗原定性検査	5 回 / 日	15 回 / 日												
検査の種類	ワクチン・検査パッケージ等定着促進事業	感染拡大傾向時の一般検査事業																								
PCR検査等	5 回 / 日	15 回 / 日																								
抗原定性検査	5 回 / 日	15 回 / 日																								
⑩ 事業開始見込日	2021年12月23日 ⑪実施する曜日又は時間帯 (HPにて公開します) 月、水、金曜日:10時~17時 火、木、土、日曜日:10時~19時																									
⑫ 違反にかかる同意	<input checked="" type="checkbox"/> PCR等検査無料化事業の実施にあたり、国が定める実施要領等に違反した場合には、県から交付される補助金等を返還等することに同意する。 ※検査の立会い又は検査を実施する場所の実実施計画図は別添を参照																									

実際に検体をとる事業所名をご記入ください

年、月、日までご記入をお願いします

具体的な検査機関等をご記入ください

合計額と物品毎の金額があつて
いることを確認してください

別紙

合計額			117,000
物品名	単価	数量	金額
パーテーション	8,000	4	32,000
アクリル板	3,000	1	3,000
机	8,000	1	8,000
椅子	5,000	2	10,000
ライト	2,000	2	4,000
空気清浄機	60,000	1	60,000

単価×数量で算出された金額を
ご記入ください。

行が不足する場合は行を追加してご記入ください。