（別紙２）

ワクチン・検査パッケージ制度等における

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　都道府県の第三者認証を取得しています。又は、「飲食店における感染防止対策を徹底するための第三者認証制度の導入について（改定その２）」（令和３年11月19日内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室長他連名事務連絡）に定める（１）から（４）までの必須項目を満たしています。

③　抗原定性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）又は「受診・相談センター」を把握しておくなど**事前に対応を決めています。

④　購入する抗原定性検査キットは、他者に転売しません。

⑤　抗原定性検査は、研修を受けた**検査管理者の立ち会い・管理下において、ワクチン検査パッケージ制度等の利用者に対して実施**します。

⑥　抗原定性検査の検査結果は、ワクチン・検査パッケージ制度等における検査結果の確認の目的のみに使用し、新型コロナウイルス感染症の診断目的として使用しません。

⑦　検査結果が陽性だった者には、直ちに**医療機関又は「受診・相談センター」を紹介**するなどして、受診を促します。

以上①から⑦まで（②は飲食店に限る。）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及び氏名

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※又は受診・相談センターの名称

○○○○診療所（住所：〇〇県〇〇市〇〇）／〇〇〇〇受診・相談センター

□　検査結果が陽性となった者に紹介する医療機関※又は受診・相談センターの電話番号：

○○○-○○○○-○○○○

※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。