

協力施設登録申請書

年 月 日

川崎市長 様

申請者
住 所

氏 名 印

川崎市新型コロナウイルス感染症の流行下における高齢者等への検査事業実施要綱（以下「要綱」という。）に基づき、別記の協力施設の役割を行うものとして、次のとおり協力施設の登録を申請します。

施設名称	フリガナ
所在地	
連絡先	担当者 電 話 F A X
施設の種別 (該当の種別すべてにレ点を入れてください)	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 共同生活援助事業所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援事業所 <input type="checkbox"/> 福祉ホーム <input type="checkbox"/> 短期入所事業所 <input type="checkbox"/> 療養介護事業所 <input type="checkbox"/> 障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 救護施設 <input type="checkbox"/> 生活困窮者・ホームレス自立支援センター <input type="checkbox"/> 無料低額宿泊所 <input type="checkbox"/> 婦人保護施設 <input type="checkbox"/> 更生保護施設

※登録施設が複数ある場合は、別紙に上表の事項を漏れなく記載して添付することも可。

別記

(協力施設の役割)

- 1 協力施設は、要綱及び関係法令並びに関係通知を順守し、検査機関と連携し、川崎市新型コロナウイルス感染症の流行下における高齢者等への検査事業（以下「本事業」という。）に協力する。
- 2 協力施設は、対象者に本事業の説明を適切に行い、申請を希望する場合には申請書兼同意書を配付する。特に検査の結果、陽性となった場合の入所の取扱い等について事前に説明を行う。
- 3 協力施設は、申請があった時には検査機関に検査日程の調整、検体回収予約を行い、検査資材の提供を受け、検体採取、保管、回収等ができるように必要な準備を行う。
- 4 協力施設内の適切な場所において、被検者から検体を採取し、適切に保管し、検査機関に検体及び申請書兼同意書を引渡す。検体は原則、唾液とする。ただし、医師の指示により、鼻咽頭ぬぐい液を検体とすることができる（※1）。
- 5 検査機関から検査結果の報告を受けたら、速やかに被検者に連絡を行う。
- 6 検査結果が陽性の場合、被検者に速やかに提携医療機関等を受診するよう勧奨する。（※2）
- 7 協力施設は、検査結果が陽性となった利用者が入院治療・宿泊療養とならなかった場合には、サービスの利用調整等、その他の必要な対応を速やかに講じる。
- 8 検査機関から提供されるもののほかに必要となる消耗品、衛生用品等については、協力施設が用意する。
- 9 協力施設は、本事業で知り得た個人情報等の情報資産を適切に維持管理し、情報資産の漏えい、紛失、盗難、改ざんその他事故等から保護するため、必要な措置を講じなければならない。
- 10 本事業を中断する場合には、検査機関と連携し、申請者への連絡調整を行う。

※1 鼻咽頭ぬぐい液を検体とする場合の医師・看護師の費用等について川崎市及び検査機関は負わない。

※2 提携医療機関以外の医療機関を受診する場合には、その旨を検査機関に連絡する。なお、その費用については、川崎市及び検査機関は負わない。