

地域	都道府県	医療機関	英語表記 (※1)	住所	英語表記 (※1)	営業時間	予約方法 (※2)	検体採取可能な曜日(※3) 及び時間帯							採取可能検体	実施可能検体検査法	医療機関による受付から被験者への 証明書発行までの所要時間 までの目安とその時間帯 (※4)	【対外非公表】 自院での検体検査の実施 の有無	【対外非公表】 (自院の検査機器が有る 場合) 検査機器の種類・ 名称	【対外非公表】 (自院の検査機器が有る場 合) 自院での検査管理の実施 の有無	【対外非公表】 (自院の検査機器が 無い場合) 外部委託 している検査機関・ 医療機関の名称	【対外非公表】 (自院の検査機器が無い場 合) 委託先検査機関の衛生 検査所登録の有無 (※5)	【対外非公表】 帰国者・接触者外来の 設置の有無	日本政府の 「PCR検査 予約システム」 への登録可否	ビジネスラック に関する政府間の 医療機関リストへの 掲載の有無	備考 (※6)	▼ 要記入 ▼	
								月	火	水	木	金	土	日													申請者名	連絡先E-mail
(例) 関東甲信越	東京	厚生労働病院		東京都千代田区 霞が関1-2-2		(平日) 9:00-16:00 (土日) 10:00-12:00	03-5253-〇〇 〇〇	●10時 以降のみ	●10時	●10時	●10時	●10時 (15時以 降)	▲ (AMのみ 最大5枠)	▲ (AMのみ 最大5枠)	鼻咽頭ぬぐい 唾液	核酸増幅法 (PCR法) 核酸増幅法 (LAMP法) 抗原定量検査	①48時間以内(核酸増幅法検査鼻咽 頭) ②3時間以内(抗原定量検査鼻咽頭)	無	-	-	① (株) ●● ② 診療所内検査 (試薬名●●、機器 名●●)	有	有/無	可/否	希望する/希望しない	2020/7/1から開始予定。 祝日の対応は不可。 特外の対応は相談可です が、追加で料金をいただく ことがあります。	山田 太郎	●●@x.co.jp

※1 証明書に記載するもの同一のものをご記入ください。表記が同一でない場合、外国政府において証明書が有効と見なされない場合があります。

※2 電話予約の場合は、代表と予約の電話番号、WEB予約の場合はURLをご記入ください。

※3 可能な曜日に●、相談可能な曜日を▲、不可な曜日に×をご記入ください。併せて、●の曜日には枠数をご記入ください。

※4 検体採取から検査結果報告(証明書発行)までに要する時間をご記入ください(48時間以内、60時間以内、72時間となるべく具体的に記載)。

※5 委託しようとする検体検査の種類に沿った衛生検査所登録の有無を確認してください。(○核酸増幅検査 (PCR検査等) ; 遺伝子関連・染色体検査 病原体核酸検査、○抗原検査: 免疫学的検査 免疫血清学検査) ☒

※6 準備中の場合は、具体的な検査開始予定日をご記入ください(記入のない場合は記入時点で開始できる医療機関として把握させていただきます)。

(編集上の注意点)

■ プログラムにて集計するため、以下の変更を行わずに記載をお願いします。

- ・ 行・列の追加
- ・ シートの追加

■ 複数の機関・施設を登録する場合は、ファイルを分けて記載をお願いします。