

様式 医療機関登録申請書

項目		記入欄 (様式記入要領を参考に編集してください)								
○登録要件										
登録要件を満たしていない医療機関は登録することができませんのでご注意ください。										
設問1	医療法第一条の五に定める「病院」又は「診療所」であること		○							
設問2	PCR検査等の実施機関		自機関							
設問3	医療法第十五条の二及び医療法施行規則第九条の七、第九条の七の二又は第九条の七の三で定める基準に適合している医療機関であること		○							
設問4	委託先の検査機関が、臨床検査技師等に関する法律第二十条の三に定める「衛生検査所」であって、臨床検査技師等に関する法律施行規則第十二条、第十二条の二及び第十二条の三に定める基準に適合していること（有効な衛生検査所登録証明書の保有を確認できること）		○							
設問5	委託先の検査機関が、医療法第十五条の三第一項第二号及び医療法施行規則第九条の八で定める基準に適合していること		○							
設問6	経済産業省又は厚生労働省が必要とする場合に、自機関又は委託先の機関の検査証明業務に関する情報提供その他の要請に応じることができること		○							
設問7	自機関又は委託先の機関が行う検査証明業務に関し、公正な取引の秩序を乱すおそれがないこと		○							
設問8	本様式に記載する事項に関して、重要な事実の記載が欠けていないこと及び虚偽の記載がないこと		○							
○基礎情報										
本項目に記載する事項のうち※を付けたものは、政府の新型コロナウイルス検査証明機関登録簿に記載される予定です。 誤記載がないよう注意してください。										
設問9	医療機関名	(日本語表記) ※	METIクリニック							
		(英語表記) (半角英字) ※	METI Clinic							
設問10	郵便番号・住所	郵便番号 (ハイフン含む半角数字)		100-8901						
		(日本語表記) ※	都道府県	東京都						
			市区町村	千代田区						
			番地以下 (全角数字)	霞が関 1 - 3 - 1						
		(英語表記) (半角英数字) ※	都道府県	TOKYO						
			市区町村	Chiyoda-ku						
番地以下	1-3-1, Kasumigaseki									
設問11	検査証明の実施責任者の役職・氏名		役職	院長						
			氏名	経産太郎						
設問12	連絡先	電話 (ハイフン含む半角数字) ※		03-3501-1512						
		メール (半角英数字)		XXX@meti-clinic.com						
		担当者名 (日本語表記)		経産花子						
		担当者名 (英語表記) (半角英字)		KeisanHanako						
設問13	ウェブサイトURL (半角英数字)		https://xxx.com/meti-clinic							
設問14	連絡可能時間		平日	09	:	00	～	17	:	00
土日			09	:	00	～	12	:	00	
設問15	日本渡航医学会協力医療施設リストの登録の有無		有							
設問16	日本語以外の言語対応		英語及び中国語				スペイン語			
設問17	「海外渡航者新型コロナウイルス検査センター (TeCOT) 」の利用の可否		要							
外部の検査機関に検査を委託する場合										
設問18	委託先の検査機関名		MHLW検査研究所							
設問19	衛生検査所登録証明書に記載された内容	登録年月日		2020年9月1日						
		登録番号		第01号						
		登録申請者		MHLW検査研究所						
		衛生検査所		MHLW検査研究所						
		登録証明者		東京都知事 厚労太郎						

様式 医療機関登録申請書

項目		記入欄 (様式記入要領を参考に編集してください)			
設問20	○検査の実施に関する情報				
	①検査一般に関する情報				
	下記に記載する事項は、政府の新型コロナウイルス検査証明機関登録簿に記載される予定です。誤記載がないよう注意してください。				
	検査証明を発行する検査手法	検査手法	検体採取方法	実施の有無	最低所要時間
		PCR検査 (リアルタイム方式)	鼻咽頭	有	24時間未満
			唾液	有	48時間～72時間未満
		PCR検査 (リアルタイム方式以外)	鼻咽頭	有	72時間以上
			唾液	有	72時間以上
		LAMP検査	鼻咽頭	無	検査未実施
			唾液	無	検査未実施
		抗原検査 (簡易キット)	鼻咽頭	無	検査未実施
			唾液	無	検査未実施
		抗原検査 (定量)	鼻咽頭	無	検査未実施
			唾液	無	検査未実施
		その他 (こちらのカッコ内に検査手法名 を記載ください)	鼻咽頭	無	検査未実施
	唾液		無	検査未実施	
	②各検体採取方法に関する詳細情報				
	以下の問は、検査供給量を調査するためのものです。				
	設問21	検査実施可能件数 (検体採取方法：鼻咽頭) (半角数字)	月曜日	10件	
火曜日			10件		
水曜日			10件		
木曜日			10件		
金曜日			10件		
土曜日			10件		
日曜日			10件		
合計			70件		
設問22			検査実施可能件数 (検体採取方法：唾液) (半角数字)	月曜日	10件
	火曜日	10件			
	水曜日	10件			
	木曜日	10件			
	金曜日	10件			
	土曜日	10件			
	日曜日	10件			
	合計	70件			