

# 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)		
<b>○登録要件</b>				
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	外部の検査機関（衛生検査所の場合）		
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	○		
<b>○基礎情報</b>				
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 霞が関ビル1階
		(英語表記) (半角英数字) ※	都道府県	Tokyo
			市区町村	Chiyoda-ku
番地以下	#1F Kasumigaseki Building, 1-3-1, Kasumigaseki			
設問11	検査証明の実施責任者の役職・氏名	役職 氏名	院長 経産 太郎	
設問12	連絡先	電話 (ハイフン含む半角数字) ※	00-0000-0000	
		メール (半角英数字)	xxx@yyy.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)	Keisan Hanako	
設問13	ウェブサイトURL (半角英数字)	https://xxx.com		
設問14	医療機能情報提供制度 (医療情報ネット) への登録ページURL (半角英数字)	https://yyy.com		
設問15	連絡可能時間	平日	00 : 00 ~ 00 : 00	
		土曜日	00 : 00 ~ 00 : 00	
		日曜日	00 : 00 ~ 00 : 00	
		その他特記事項		
設問16	日本渡航医学会協力医療施設リストの登録の有無	無		
設問17	対応可能な言語	日本語のみ	スペイン語	
設問18	「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		
<b>外部の検査機関に検査を委託する場合</b>				
設問19	委託先の検査機関名①	〇〇検査研究所		
	登録年月日	1900年1月1日		

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	衛生検査所登録証明書に記載された内容	登録番号 第01号
		登録申請者 〇〇検査研究所
		衛生検査所 〇〇検査研究所
		登録証明者 東京都知事 厚労 太郎
設問19	委託先の検査機関名②	〇〇検査研究所
設問20	衛生検査所登録証明書に記載された内容	登録年月日 1900年1月1日
		登録番号 第02号
		登録申請者 〇〇検査研究所
		衛生検査所 〇〇検査研究所
	登録証明者 東京都知事 厚労 花子	

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)		
○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。				
設問21 検査証明を発行する検査手法	PCR検査 (リアルタイム方式)	鼻咽頭	×	-
		唾液	×	-
	PCR検査 (リアルタイム方式以外)	鼻咽頭	×	-
		唾液	×	-
	LAMP検査	鼻咽頭	×	-
		唾液	×	-
	抗原検査 (簡易キット)	鼻咽頭	×	-
		唾液	×	-
	抗原検査 (定量)	鼻咽頭	×	-
		唾液	×	-
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	×	-	
	唾液	×	-	
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22 検査実施可能件数 (検体採取方法：鼻咽頭) (半角数字)	月曜日	1件		
	火曜日	1件		
	水曜日	1件		
	木曜日	1件		
	金曜日	1件		
	土曜日	1件		
	日曜日	1件		
	合計	7件		
設問23 検査実施可能件数 (検体採取方法：唾液) (半角数字)	月曜日	1件		
	火曜日	1件		
	水曜日	1件		
	木曜日	1件		
	金曜日	1件		
	土曜日	1件		
	日曜日	1件		
	合計	7件		