

(高齢者施設)

抗原検査キット配付申込書

No.	要件	チェック欄
1	<u>新型コロナウイルス感染症患者又は濃厚接触者が入所している高齢者施設等</u> であって外部からの応援職員の確保が困難な施設に従事する介護従事者であること。	
2	他の介護従事者による代替が困難な介護従事者であること。	
3	新型コロナウイルスワクチンの追加接種を実施済みで、追加接種後 14 日間経過した後（ただし、2 回目接種から 6 か月以上経過していないために追加接種を実施していない場合には、2 回接種済みで、2 回目の接種後 14 日間経過した後でも可）に、新型コロナウイルス感染症患者と濃厚接触があり、 <u>濃厚接触者と保健所に認定された者</u> であること。	
4	当該介護従事者が無症状であること	
5	濃厚接触者である当該介護従事者の業務を、所属の管理者が了解していること。	
6	当該介護従事者の健康状態（無症状であること等）の確認を行っていること。	
7	当該介護従事者に係る適正な検査（検体採取・結果判定、検査キットの確保等）を実施できる体制があること。	
8	施設内の感染拡大を防ぐための対策（防護具の着脱、ゾーニング、衛生管理等）を講じていること。	

管轄保健所 _____

対象従事者数 _____ 名

最終暴露日 _____ 月 _____ 日

上記のとおり、必要な要件を満たすことから、抗原検査キットの配付を申し込みます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(所在地)

(施設名)

(担当者)

(連絡先)