別紙１

確認書（濃厚接触者検査用）

①「医療従事者の不在時における新型コロナウイルス抗原定性検査のガイドライン」を確認した検査実施管理者を事業所内に置き、リスト化しています。

②抗原定性検査キットは、濃厚接触者に対する検査にのみ使用します。

③検査実施管理者が、受検者に対し、検査の実施方法等について説明するとともに、理解を得たことを確認します。また、検査の実施に当たり、検査実施管理者が、可能な限りオンラインで立ち会うなど管理下において実施すること、検査結果は必ず確認することを確認します。

④抗原定性検査キットを使用した検査の結果が陽性となった場合、受検者に対し医療機関への受診を促すとともに、その受診結果を確認します。

⑤抗原定性検査キットを使用した検査の結果が陰性となった場合にも、受検者に対し、当該業務への従事以外の外出等はできる限り控えるよう求めます。

　以上、①から⑤までについて、間違いないことを確認しました。

確認日

令和　　年　　月　　日

確認者（事業所名）

確認者所在地

確認者における担当者

担当者氏名

連絡先電話番号

別紙１

記入例

確認書（濃厚接触者検査用）

①「医療従事者の不在時における新型コロナウイルス抗原定性検査のガイドライン」を確認した検査実施管理者を事業所内に置き、リスト化しています。

②抗原定性検査キットは、濃厚接触者に対する検査にのみ使用します。

③検査実施管理者が、受検者に対し、検査の実施方法等について説明するとともに、理解を得たことを確認します。また、検査の実施に当たり、検査実施管理者が、可能な限りオンラインで立ち会うなど管理下において実施すること、検査結果は必ず確認することを確認します。

④抗原定性検査キットを使用した検査の結果が陽性となった場合、受検者に対し医療機関への受診を促すとともに、その受診結果を確認します。

⑤抗原定性検査キットを使用した検査の結果が陰性となった場合にも、受検者に対し、当該業務への従事以外の外出等はできる限り控えるよう求めます。

　以上、①から⑤までについて、間違いないことを確認しました。

確認日

令和○○年○○月○○日

確認者（事業所名）

　　株式会社○○○○

検査キットを希望する事業所の名称と所在地を記入してください

確認者所在地

　　戸田市○○　〇－〇－〇

確認者における担当者

事業所における担当者の氏名と連絡先電話番号を記入してください

担当者氏名　　　○○　○○

連絡先電話番号　○○○－〇○○○