

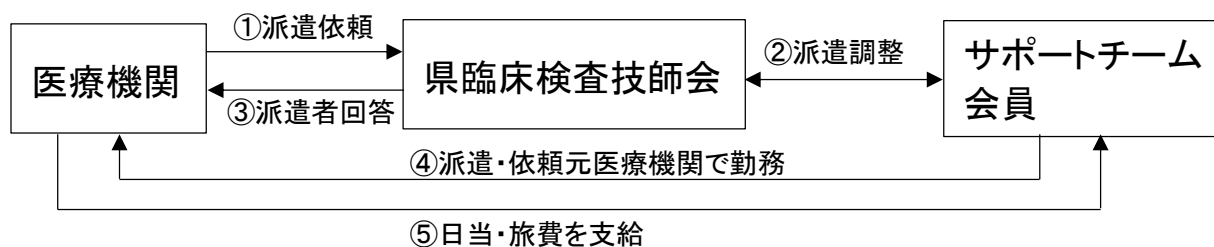
# 鹿児島県臨床検査技師会「新型コロナウイルス感染症検査等サポートチーム」

## 概 要

(令和2年12月8日設置)

- 1. 目 的** 鹿児島県内の医療機関や施設等において、日曜日・祝日（日中帯）に新型コロナウイルス感染症を疑う発熱患者等の診療を行う医療機関における検体採取並びに検査支援を行う。
- 2. 対象医療機関** 日曜日・祝日（日中帯：概ね午前9時～午後5時）に新型コロナウイルス感染症を疑う発熱患者等の診療を行う医療機関（休日当番医含む）。
- 3. 支援内容** PCR 検査に係る一定の講習を受講した臨床検査技師を派遣し、「①検査（新型コロナウイルス PCR 検査、抗原定量並びに定性検査及びインフルエンザ定性検査）」、「②検体採取（原則、唾液並びに被検者自身の鼻腔ぬぐい）」等の支援を行う。
- 4. 依頼方法** 対象医療機関から、鹿児島県臨床検査技師会事務局へ別紙様式により、原則として10日前までに依頼を行う。派遣は、令和2年12月8日～令和3年2月末まで実施する。
- 5. 派遣費用** 日当 5,000 円(税別)、交通費 1,000 円(同地区会員の場合)（補償特約付帯傷害保険を県臨床検査技師会で対応する。）
- 6. 問合せ・依頼先** 鹿児島県臨床検査技師会事務局  
電 話：080-8359-9855（派遣依頼は、原則 FAX 又はメール）  
F A X：099-250-1039 Eメール：karingi@ari.bbiq.jp  
派遣日時や依頼する業務、検査機器の種類、検査業務に関し問い合わせをする場合の担当者など記載する欄にて対応

### 【派遣スキーム】



鹿児島県臨床検査技師会「新型コロナウイルス感染症検査等サポートチーム」  
派遣依頼様式

医療機関名		
住所		
連絡担当者		※この件に関する連絡をさせていただきます。
電話番号		
e-mail		
派遣希望日		
派遣希望時間帯		
派遣希望内容	①検査    ②検体採取    ③検査及び検体採取の両方	
検査機器名 (簡易法の場合試薬名をご記入下さい)		

※派遣希望日の10日前までにFAXまたはe-mailにてお申込みください

-----  
〔鹿臨技使用欄〕

派遣技師		会員番号	
施設名			
連絡先			

【問い合わせおよび申込先】

(一社)鹿児島県臨床検査技師会

事務局担当 園 雪絵

TEL : 080-8359-9855

FAX : 099-250-1039

e-mail : karingi@ari.bbq.jp