

所在地 医療機関

受検者数 名

抗体を有していない者又は抗体価の低かった者 名

※EIA価 8.0未満及びHI抗体価 32倍未満の者です。

Table with columns: 在住市町村, 年齢, 性別, 検査結果(数値), 受検理由. Rows 1-30.

- <受検理由>
1. 妊娠を希望する女性
2. 上記1の配偶者などの同居者
3. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者

名 名 名

鹿児島県知事

殿 所在地 医療機関 代表者名

印

委託契約に基づく風しん抗体検査を実施したので、下記のとおり請求します。

記

請求金額 円

(内訳)

Table with columns: 単価(A), 実施人数(B), 委託料(A) x (B). Rows: EIA法 6,750円, HI法 5,480円.

振込先

金融機関名・支店名 (普通・当座) 口座番号 (フリガナ) 口座名義

業務委託契約書

(免税事業者用)

生まれてくる子どもの先天性風しん症候群の発生を防ぐために、妊娠を希望する女性やその配偶者等を対象とした無料の風しん抗体検査(以下「検査」という。)を実施し、ワクチン接種の必要性を判断できるようにすることを目的として、鹿児島県(以下「甲」という。)

(以下「乙」という。)との間において、次の条項により委託契約を締結する。

(委託業務)

第1条 甲は、検査の業務を乙に委託する。

(委託期間)

第2条 委託契約の期間は、令和 年 月 日から令和5年3月31日までとする。

(業務の実施)

第3条 乙は、別紙「鹿児島県風しん抗体検査事業実施要綱」に基づき、受託業務を実施するものとする。

(業務委託料)

第4条 委託料は、1人あたりEIA法による検査の場合6,750円、HI法による検査の場合5,480円とする。

(契約保証金)

第5条 契約保証金は免除する。

(再委託の禁止)

第6条 乙は、委託業務を再委託してはならない。

(権利譲渡等の禁止)

第7条 乙は、この契約から生ずる権利又は義務を第三者に譲渡し、又は引き受けさせてはならない。(検査)

第8条 乙は、委託業務が終了したときは、遅延なく、甲に対して県が示した様式により報告しなければならない。

2 甲は、前項の書面を受理したときは、委託業務の完了を確認するための検査をしなければならない。(業務委託料の支払い)

第9条 乙は、前条第2項の規定による検査の合格通知を受けたときは、甲に対し業務委託料の請求を県が示した様式により行うものとする。

2 甲は、前項の書面を受理したときは、その日から30日以内に業務委託料を支払うものとする。(契約の解除)

第10条 甲乙いずれかが、この契約に基づく義務に違反した場合は、甲乙いずれもこの契約を解除することができる。(個人情報の保護)

第11条 乙は、この契約による業務を処理するための個人情報の取扱いについては、別記「個人情報取扱特記事項」を遵守しなければならない。(契約に関する解決等)

第12条 この契約に定めのない事項及びこの契約に関する紛争については、甲乙協議して定めることとする。

この契約の締結を証するため、本書2通を作成し、甲乙記名押印の上、それぞれ1通を保有する。

令和 年 月 日

甲 鹿児島県 契約担当者 鹿児島市鴨池新町10番1号 鹿児島県知事 塩田 康一

乙 住 所 氏 名

個人情報取扱特記事項

- (基本的事項)
第1 乙は、個人情報（個人に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいう。以下同じ。）の保護の重要性を認識し、この契約による業務の実施に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報の取扱いを適正に行わなければならない。
(秘密の保持)
第2 乙は、この契約による業務に関して知り得た個人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても、同様とする。
2 乙は、この業務に従事している者に対して、在職中及び退職後において、この契約による業務に関して知り得た個人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならないことその他個人情報の保護に関し必要な事項を周知するものとする。
(保有の制限等)
第3 乙は、この契約による業務を行うために個人情報を保有するときは、その業務の目的を明確にするとともに、業務の目的の達成に必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。
2 乙は、この契約による業務を処理するために本人から直接書面に記録された当該本人の個人情報を取得するときは、あらかじめ、本人に対し、業務の目的を明示しなければならない。
(適正管理)
第4 乙は、この契約による業務に関して知り得た個人情報の漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。
(利用及び提供の制限)
第5 乙は、甲の指示又は承認があるときを除き、この契約による業務に関して知り得た個人情報を契約の目的以外の目的のために自ら利用し、又は提供してはならない。
(複写、複製の禁止)
第6 乙は、甲の承認があるときを除き、この契約による業務を処理するために甲から引き渡された個人情報が記録された資料等を複写し、又は複製してはならない。
(再委託の禁止)
第7 乙は、甲の承認があるときを除き、この契約による個人情報を取り扱う業務を第三者に委託し、又は請け負わせてはならない。
(資料等の返還)
第8 乙は、この契約による業務を処理するために甲から引き渡され、又は自らが収集し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等は、業務完了後直ちに甲に返還し、又は引き渡すものとする。ただし、甲が別に指示したときは、その指示に従うものとする。
(事故報告)
第9 乙は、この契約に違反する事態が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従うものとする。
(実地調査)
第10 甲は、乙がこの契約による業務を処理するために取り扱っている個人情報の状況について、随時、実地に調査することができる。
(指示)
第11 甲は、乙がこの契約による業務を処理するために取り扱っている個人情報について、その取扱いが不適当と認められるときは、乙に対して必要な指示を行うことができる。
(契約解除及び損害賠償)
第12 甲は、乙がこの個人情報取扱特記事項の内容に違反していると認めたときは、契約の解除又は損害賠償の請求をすることができる。

鹿児島県風しん抗体検査事業実施要綱

- 第1 目的
この事業は、生まれてくる子どもの先天性風しん症候群の発生を防ぐために、妊娠を希望する女性やその配偶者等を対象とした無料の風しん抗体検査（以下「検査」という。）を実施し、ワクチン接種の必要性を判断できるようにする。
第2 対象者等
県内に住所を有する検査希望者（以下「受検者」という。）で、
(1) 妊娠を希望する女性
(2) (1)の配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）などの同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者）
(3) 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者
但し、過去に検査を受けたことがある者、明らかに風しんの予防接種歴がある者若しくは検査の確定診断を受けた風しんの既往歴のある者は除く。
第3 実施場所
検査は、県と委託契約を締結した鹿児島市以外に所在する医療機関（「以下「医療機関」という。）により実施する。
第4 実施期間
令和4年4月1日から令和5年3月末日まで
第5 実施方法
(1) 医療機関は、受検者に「風しん抗体検査申込書」（様式第1号）を記入させ、第2の(2)に該当していることを、住所及び年齢を証明する書類（運転免許証、健康保険被保険者証、住民票など）の提示により確認する。
また、第2の(3)に該当する場合は、上記(1)の書類に加え、母子健康手帳の提示等により確認する。
(2) 医療機関は、風しん抗体検査をEIA法（酵素免疫法）又はHI法（赤血球凝集抑制反応）のいずれかを用いて行う。
第6 検査費用
(1) 第5に示した検査に要する費用は、県が負担することとし、医療機関に委託料として支払うこととする。
(2) 委託料の額は、別途契約書により定めることとする。
なお、上記(1)に要した費用には、検査結果の通知に要する費用を含むものとする。検査日と検査結果の通知の日が異なっても、契約した委託料以上の負担は行わない。
第7 結果通知
医療機関は、受検者に対して、「風しん抗体検査 結果通知書」（様式第2号）により、確実に結果を通知するとともに、抗体を有していない者及び抗体価が低かった者には、風しんワクチンの予防接種を推奨するものとする。
第8 報告等
(1) 医療機関は、毎月の検査結果を「風しん抗体検査 結果報告書」（様式第3号）に「風しん抗体検査申込書」（様式第1号）の原本を添付し、翌月10日までに県に報告しなければならない。
(2) 県は、上記(1)により「風しん抗体検査 結果報告書」等を受理したときは、委託業務の完了を確認するための検査をしなければならない。
(3) 医療機関は、上記(2)の検査の合格通知を受けたときは、県に対し業務委託料の請求を「風しん抗体検査委託料 請求書」（様式第4号）により行うものとする。
(4) 県は、上記(3)により「風しん抗体検査委託料 請求書」を受理したときは、その日から30日以内に委託料を支払うものとする。
第9 その他
医療機関及び当該事業に関わる検査機関等は、事業を実施するにあたり、個人に関する情報を漏らし、その情報を目的外に使用してはならない。
附則
この要綱は、平成26年4月1日から施行する。
省略
附則
この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

(様式第1号)

風しん抗体検査申込書

各医療機関の長 殿

Form with fields: 検査(申込)日, 年 月 日, 1. 妊娠を希望する女性, 2. 妊娠を希望する女性の同居者, 3. 抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者, 対象要件, (保護者氏名), 生年月日, 住 所, 電話番号

No.

風しん抗体検査 結果通知書

様

- 1. 採血年月日 : 年 月 日
2. 風しんウイルス抗体価検査結果 (いずれかの数値を記入する。)

EIA価: 倍
HI抗体価: 倍

※風しんの感染予防に十分な抗体価は、EIA価 8.0以上及びHI抗体価 32倍以上です。

- 3. 判定
 あなたは、風しんの感染予防に十分な抗体（免疫）を持っていないと考えられます。
 あなたは、風しんの抗体（免疫）が無いが、感染予防に十分な抗体（免疫）を持っていないと考えられます。

別紙「風しん抗体検査の結果について」をお読みください。

検査結果は上記のとおりです。

年 月 日

(医療機関)

(様式第2号)

Form with fields: 設 問, 回 答, 1. ある, 2. ない, 3. わからない, 1. ある, 2. ない, 3. わからない, 【医療機関 記入欄】 上記申込者が、対象要件を満たしていることについて、以下の書類等により確認しました。

医療機関名

確認者