

事業所の概要調査表

(名称等)

事業所の概要									
項 目	内 容								
1 設立年月日	年 月 日								
2 資本金	千円								
4 過去2年間における国（独立行政法人及び国立大学法人を含む。）又は地方公共団体（地方独立行政法人を含む。）との間でのインターフェロノンγ遊離試験検査（以下「IGRA検査」という。クオンティフェロン®TBゴールドプラス検査、クオンティフェロン®TBゴールド検査又はT-スポット®、TB検査のどちらか一方でも可。）に係る契約及び履行実績	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">契約名 (契約先)</th> <th style="text-align: center;">契約の 種類</th> <th style="text-align: center;">契約期間</th> <th style="text-align: center;">契約金額 千円</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	契約名 (契約先)	契約の 種類	契約期間	契約金額 千円				
契約名 (契約先)	契約の 種類	契約期間	契約金額 千円						
4 IGRA検査に係る採血管及び検体を搬送する職員及び検査技師を配置する検査を実施する施設、支店・営業所等の名称及び所在地（複数ある場合は、複数記入すること。）									

注 この様式は例示であり、この様式によらない事業所の概要調査表であっても調査表としての要件が具備されていれば有効であること。