

1.施設管理者システムご登録について

5月～7月に実施いただいた施設は
再度登録不要です

【ご登録方法】

検査実施にあたり施設管理者様は、下記のURL又はQRコードにアクセスの上、施設登録を行って下さい。

▼ご登録URL：[\[https://pcr.helpo.jp/kyotopref/\]](https://pcr.helpo.jp/kyotopref/)

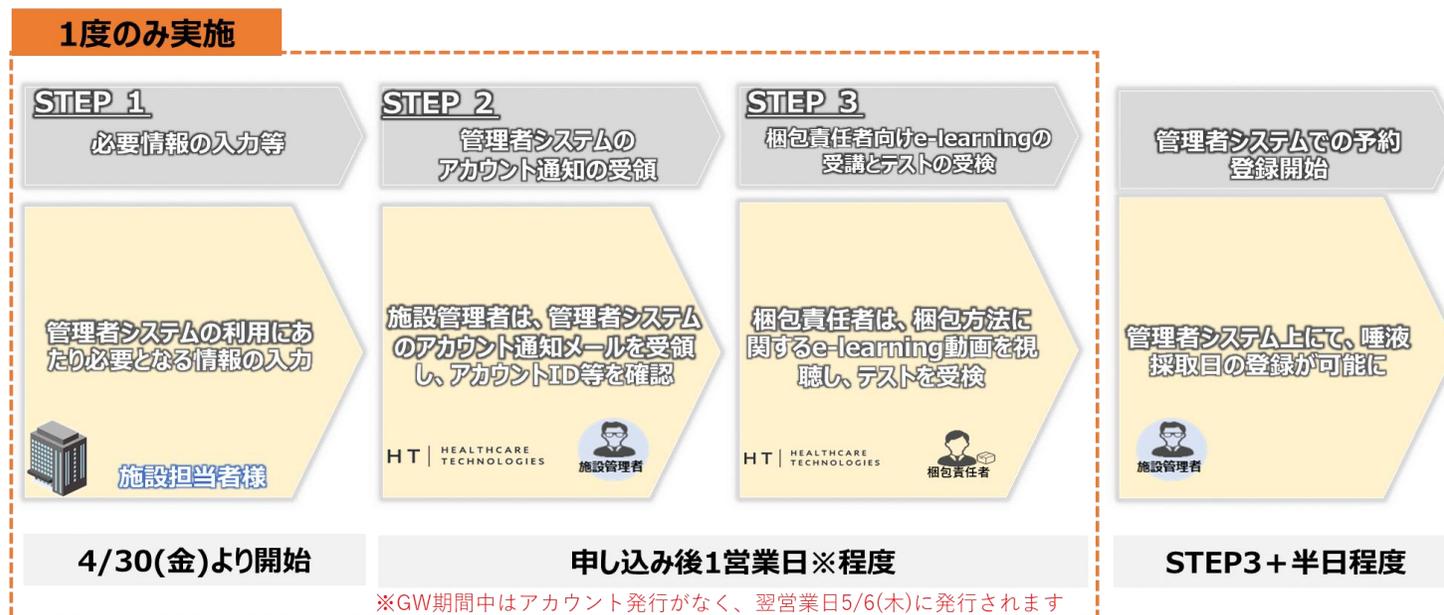
(こちらは参加施設の登録であり、**初回のみ必要な手続き**となります)

【注意事項】

- ①上記申し込みにはEメールアドレスが必要となります。
- ②申し込み後に、検査日の予約も行っていただきます。



施設管理者システムへのご登録の流れ



2.ご参考) お申込みフォームイメージ

ご登録フォームは2段階になっております。まず、(1)にてメールアドレス入力後、送付されてくるURLより(2)の情報登録ページでご登録下さい。

(1)検査申込フォーム

唾液PCR検査施設申込フォーム

本ページは京都府が実施する唾液PCR検査の申込フォームです。
唾液PCR検査を受検するには、施設単位でのお申込みが必要です。
施設管理者の方は、メールアドレスを入力してください。
入力いただいたアドレス宛に検査申込みの詳細情報をメールでお送りいたします。

検査実施概要

実施目的

新型コロナウイルス感染症への感染を早期に発見し、施設内で感染が拡大することを防止すること。

検査対象

高齢者入所施設/障がい者・障がい児入所施設の従業員 約1.8万人

検査方法

唾液PCR検査 (公的医療保険適用対象相当)

費用

京都府が対象施設実施費用を全額負担

検査実施期間

令和3年 5月上旬～令和3年 6月末日迄 ※検査は1人1回の限ります

本検査に関連する役割について

施設管理者	梱包責任者	受検者
本施設における責任者	検査キットを届ける責任者	実際に検査を受ける職員
<ul style="list-style-type: none">施設情報の登録梱包責任者の登録検査予約の予約検査当日の対応検査結果通知受領/確認	<ul style="list-style-type: none">検査を実施する拠点ごとに1名指定が必要検査実施後のキットの検査センター返送に対応 <p>事前に説明動画の視聴とテストに合格する必要がある</p>	<ul style="list-style-type: none">施設管理者からの案内のもと、必要な手順を踏み、検査予約を実施当日の注意事項を守り検査を受ける

施設管理者の方のメールアドレスを入力してください *

管理者情報として登録するメールアドレスとなります。ご入力いただいたアドレス宛に施設情報登録フォームをお送りいたします。

記述式テキスト (短文回答)

(2)施設情報登録フォーム (対象施設か否かの確認)

施設情報登録フォーム

1/2

唾液PCR検査の実施を希望する施設の代表者の方は、以下の動画を閲覧いただき、必要事項を入力してください。
受付完了後に、検査日や検査実施方法のご案内をお送りいたします。

唾液PCR検査申込みに伴う確認事項

唾液PCR検査の申込みをされる方は下記の約款・利用規約をご確認ください。
※URLをクリックしご確認ください。

- 唾液PCR検査サービス利用約款
https://civic.jp/system/files/cvic/pdf/terms_customer.pdf
- HELPOサービス利用規約・PCR検査業務支援サービス利用規約
<https://healthcare-tech.co.jp/tos/>

【検査結果表示に関する特記事項】
アプリを使用せずWebフォームを用いて検査を受検する場合には、通常は検査結果の本人への通知は行いませんが、本事業では特別に結果確認コードを入力いただくことで、後日Webシステム上で受検者自身で検査結果を確認する機能を提供いたします。※確認コードを忘れてしまった場合は検査結果の確認ができません。施設管理者よりお伝えください。

確認事項について *

「唾液PCR検査サービス利用約款」、「HELPOサービス利用規約」、「PCR検査業務支援サービス利用規約」

メールアドレスをご確認ください (自動入力) *

自動入力のため変更しないください

記述式テキスト (短文回答)

【注意事項！】以下の施設名称・施設IDは以下の対象施設リストを参照し入力してください。
施設名称、施設IDは、受付の際に情報確認で使用いたします。
リストと不一致の場合はお申し込みを受付できない場合がございますのでご注意ください。
対象施設リスト: http://*****

施設名称を入力してください *

施設名称は正確に入力する必要があります。上記対象施設リストに記載されている施設名称を確認し入力してください。

記述式テキスト (短文回答)

施設IDを入力してください *

施設IDは正確に入力する必要があります。上記対象施設リストに記載されている施設IDを確認し入力してください。

記述式テキスト (短文回答)

施設管理者名を入力してください *

例) 芝たろう (フルネーム、苗字と名前の間にスペースを入れずにご入力ください)

記述式テキスト (短文回答)

梱包責任者情報

梱包責任者に指定したメールアドレス宛に、後日梱包方法および梱包に関するテストのご案内いたします。
テスト合格後に、検査日の指定に必要な受講完了IDをお送りいたします。

梱包責任者のアサインについて

本検査に関連する役割について

施設管理者	梱包責任者	受検者
本施設における責任者	検査キットを届ける責任者	実際に検査を受ける職員
<ul style="list-style-type: none">施設情報の登録梱包責任者の登録検査予約の予約検査当日の対応検査結果通知受領/確認	<ul style="list-style-type: none">検査を実施する拠点ごとに1名指定が必要検査実施後のキットの検査センター返送に対応 <p>事前に説明動画の視聴とテストに合格する必要がある</p>	<ul style="list-style-type: none">施設管理者からの案内のもと、必要な手順を踏み、検査予約を実施当日の注意事項を守り検査を受ける

梱包責任者のメールアドレスを入力してください *

施設管理者が梱包責任者も兼ねる場合は、施設管理者の方のメールアドレスを入力してください。

記述式テキスト (短文回答)

一 検査を実施する拠点が複数ある場合は、拠点毎に梱包責任者を任命してください

説明 (省略可)

(2人目) 梱包責任者のメールアドレスを入力してください

記述式テキスト (短文回答)

2/2