

仕 様 書

1. 件名

奈良市一時保護課及び保育総務課職員等の検便検査

2. 検査項目

①赤痢菌

②サルモネラ属

③腸管出血性大腸菌（O - 26、O - 111、O - 157）

※ただし、腸管出血性大腸菌の陽性が疑われる場合は、ペロトキシン検査を実施することとします。

3. 検査対象

別紙「検便検査対象一覧」のとおり。

①一時保護課（一時保護所職員等）

②保育総務課（保育総務課職員及び奈良市立こども園・保育園の調理員等）

※ただし、検査対象者（見込）の人数は変動する場合があります。

また、職員採用等に伴い新たに検査が必要となる場合や陽性反応が認められた際に再検査が必要となる場合、その他保育総務課及び一時保護課が必要と認めた場合は、随時検査を実施することとします。

4. 検体の提出について

（1）検体提出日

保育総務課職員・調理従事者は月2回（毎月5日と20日前後）、0歳児担当保育士及び一時保護所職員等は月1回（毎月5日前後）検体を提出します。

（2）検体提出方法

検体の提出方法は郵送とし、対象施設ごとに取りまとめて発送することとします。郵送の到着は概ね上記日程の前後となります。なお、郵送に係る費用は原則落札者が負担するものとします（検査キット送付費用も含む）。

5. 検査結果について

検査実施後は速やかに書面により検査結果を一時保護課及び保育総務課へ報告することとします（メールによる報告でも可）。なお、陽性の項目があった場合は、判明次第速やかに報告することとします。

6. 請求書について

1か月分をまとめて、一時保護課及び保育総務課へそれぞれの請求分を送付することとします。

7. 検査対象者名簿について

契約後に貸与します。なお、この名簿は業務目的以外に使用しないことは当然であるとともに、業務完了後に一時保護課及び保育総務課へ返却若しくは破棄するものとします。

8. 検査キットについて

検査キットは予備分を含めて一時保護課及び保育総務課、奈良市立こども園・保育園各園にそれぞれ送付することとします。不足が見込まれる場合は、各課及び対象園の要求に基づき必要数を随時配付することとします。