

別記第2-2号様式

検査施設の名称及び所在地

○クオンティフェロン[®]TBゴールドプラス検査

施設の名称	所在地（道内に所在する施設に限る。）	検査技師の配置数

○T-スポット[®] TB検査

施設の名称	所在地（道内に所在する施設に限る。）	検査技師の配置数