

学校名	福井県立鯖江高等学校		
検査予定日	年	月	日

検査申込書（兼同意書）

1	検査目的 (該当に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 周囲の感染等の状況により不安を感じているため、以下に同意し検査を申し込みます。(学校か家庭等かの状況は問いません。)		
2	同意事項 (同意後✓を記入) ※一つでも同意いただけない項目がある場合 キットのお渡しはできません。	<input type="checkbox"/> 検査は、必ず保護者が監督し行います。 <input type="checkbox"/> 検査結果は、必ず保護者が確認します。 <input type="checkbox"/> 検査結果は、必ず保護者が、在籍する学校へ報告します。 <input type="checkbox"/> 検査結果の報告がない場合、児童生徒の登校は許可できません。 <input type="checkbox"/> 検査結果が 陽性であった場合は、検査日を0日として5日間かつ症状軽快後24時間が経過するまで自宅療養 します。 <input type="checkbox"/> 陰性の場合でも、「体調の変化に気を付ける。」「手洗い」「咳エチケット」等の基本的な感染症対策を続けます。 <input type="checkbox"/> 本申込書は福井県教育委員会から求めがあった場合には、同委員会に提出されることがあります。 <input type="checkbox"/> 上記項目につき、虚偽がないことを証します。		
3	確認事項 (確認後✓を記入) ※一つでも✓がない場合、 キットのお渡しはできません。	<input type="checkbox"/> 申込書は、児童生徒一人につき1枚記入しました。 <input type="checkbox"/> 申込書は、保護者が記入しました。 <input type="checkbox"/> 検査を希望する児童生徒は、無症状です。 (発熱等の症状がある場合は、かかりつけ医・最寄りの医療機関または新型コロナナ総合相談センターに電話相談をお願いします。)		
4	これまでに、学校の 検査を利用した回数	回		
5	学 年		クラス	出席番号
	児童生徒氏名			
	保護者氏名			
	電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

----- 以下、学校が記入します -----

【確認欄】

受付日	受付者	結果報告日	報告確認者	検査結果 (○をつける)
				陰性(-)
				陽性(+)