

| | |
|-------|-------|
| 学校名 | |
| 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7日間自宅療養 します。 <input type="checkbox"/> 陰性の場合でも、「体調の変化に気を付ける。」「黙食」「お話はマスク」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。) <input type="checkbox"/> 同居の家族に、未診断の発熱等の有症状者がいません。 (※未診断の有症状者がいる場合は、登校を控えていただくようお願いします。) | | |
| 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(+) |