

学校名	芦原小学校
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"/> 検査結果が 陽性であった場合は、検査日を0日として5日間自宅療養 します。 <input type="checkbox"/> 陰性の場合でも、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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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(+)