

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"/>		

----- 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(+)