1２.６修正

様式１

|  |  |
| --- | --- |
| 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） | * 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。 | □　検査は、必ず保護者が監督し行います。□　検査結果は、必ず保護者が確認します。□　検査結果は、必ず保護者が、在籍する学校へ報告します。□　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。□　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。□　陰性の場合でも、「体調の変化に気を付ける」「手洗い」「お話はマスク」等の　　　　　基本的な感染症対策を続けます。□　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。□　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。 | □　申込書は、児童生徒一人につき1枚記入しました。□　申込書は、保護者が記入しました。□　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。）　□　同居の家族に、未診断の発熱等の有症状者がいません。 |
| 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 |  |

**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（〇をつける） |
|  |  |  |  | 陰性(－)陽性(+) |