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(+) |