

学校名	福井県立道守高等学校 定時制 ・ 通信制			
検査予定日	令和	年	月	日

けんさもうしこみしょ
検査申込書 (兼同意書) (けんどういしょ)

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、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、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ウイルス総合相談センターに電話相談：0570-051-280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いたします。)			
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		
	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(+)