

|       |       |   |   |
|-------|-------|---|---|
| 学校名   | 朝日中学校 |   |   |
| 検査予定日 | 年     | 月 | 日 |

## 検査申込書（兼同意書）

|   |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |  |      |  |
|---|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|------|--|
| 1 | <b>検査目的</b><br>（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 | <b>同意事項</b><br>（同意後✓を記入）<br>※一つでも同意いただけない項目がある場合<br>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。<br><input type="checkbox"/> 検査結果は、必ず保護者が確認します。<br><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。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 検査結果が <b>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</b> します。<br><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。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 上記項目につき、虚偽がないことを証します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |  |      |  |
| 3 | <b>確認事項</b><br>（確認後✓を記入）<br>※一つでも✓がない場合、<br>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。<br><input type="checkbox"/> 申込書は、保護者が記入しました。<br><input type="checkbox"/> 検査を希望する児童生徒は、無症状です。<br><b>（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。）</b><br><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。<br><b>（※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。）</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |  |      |  |
| 4 | これまでに、学校の<br>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                                                               | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div> |     |  |      |  |

----- 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<br>(○をつける) |
|-----|-----|-------|-------|-----------------|
|     |     |       |       | 陰性(-)           |
|     |     |       |       | 陽性(+)           |