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） | □ ① 学校内で感染していないかと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。 | | | | |
| 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、医療機関もしくは受診・相談センターに相  談します。  □　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。  □　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）  ※✓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。  （有症状の場合は、医療機関もしくは受診・相談センターに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。  （※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 |  | | | | |

**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(+) |