（中学校発信番号）

令和　　年　　月　　日

新型コロナウイルス感染症に係る追検査受検願

大分県立　　　　　高等支援学校長　殿

学校名

校長名

　貴校を志願している下記の本校の生徒（過年度卒業者）について、大分県立高等特別支援学校第一次入学者選考の追検査を受検させていただくようお願いします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受検番号 | 生徒氏名 | 出席停止予定期間　※ | 理由（下記表の①～④の番号を記入） | 備考（④の場合、理由を詳細記入） |
|  |  | ○／○（○）～○／○（○） |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※過年度卒業者等、既に卒業している場合も出席停止と同状況の予定期間を記入する。

|  |
| --- |
| 理由（追検査を受検できる条件）(1) 新型コロナウイルス感染症に罹患し、本検査日に入院又は宿泊施設等において療養中の者(2) 自治体や医療機関によるPCR検査等を受け結果が判明していない者、又は検査待ちの者(3) 新型コロナウイルス感染症に罹患した濃厚接触者として、本検査日が保健所の健康観察の期間内にある者(4) その他、新型コロナウイルス感染症予防等により、受検できない相当の理由がある者 |