

# 追検査受検希望届

( 新型コロナウイルス感染症罹患・濃厚接触者 用 )

令和4年\_\_月\_\_日

沖縄県立\_\_\_\_\_学校長 殿

受検番号 \_\_\_\_\_

志願者氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

新型コロナウイルス感染症等の影響により、令和4年度沖縄県立高等特別支援学校入学者選抜に関する検査等を受検することができません。

追検査の受検を希望するため、下記のとおり申告して届け出ます。

### 記

1 緊急連絡先(保護者携帯電話等)	
2 感染者と診断された(もしくは濃厚接触者と特定された)保健所・医療機関等の名称	
3 感染者と診断された日 (もしくは濃厚接触者と特定された日)	令和4年__月__日
4 保健所から指示された内容 (入院、宿泊療養、自宅療養 等)	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> </div>
※濃厚接触者については、保健所から健康観察期間として 不要不急の外出を控えるよう指示されている期間	

上記の志願者について、保護者から申し出があり、相違ないことを証明します。

令和4年 月 日

学校

校長

印