（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　　　　　　　　　　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、大分県立特別支援学校高等部・専攻科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） |
|  |  | ○／○（○）～○／○（○） |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※過年度卒業者も出席停止と同状況の予定期間を記入する。理由②④の場合は、記入を要しない。

|  |
| --- |
| 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感染し、第一次入学者選考日に入院中又は宿泊施設等において療養中の者  ② 新型コロナウイルス感染症への感染が疑われる者として、ＰＣＲ等の検査を受け、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感染した者の濃厚接触者として、第一次入学者選考日が保健所の健康観察期間内にある者。（無症状の濃厚接触者で、令和４年度特別支援学校高等部・専攻科入学者選考に係る新型コロナウイルス感染症に対応した学力検査等実施のガイドライン２（２）⑤の要件をいずれも満たしている場合は、別室において本検査を受検することができる。）  ④ 新型コロナウイルス感染症予防により、健康状態チェックリストの確認項目に該当する者など。 |