（学校発信番号）

令和　　年　　月　　日

**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 | 理由（下記表の①～③の番号を記入） | 備考（③の場合、理由を詳細記入） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 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自宅や宿泊施設において療養中の者②　新型コロナウイルス感染症陽性者の同居家族等（居住を共にしている者）で、陽性者の発症日（無症状の場合は検体採取日）または陽性者の発症により家庭内で感染対策を講じた日のいずれか遅い方を０日目として、５日間を経過していない者（ただし、令和５年度大分県立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の２（２）検査当日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）③　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（別紙）の確認項目に該当する者など |