秀明学園PCR検査申込書

利用案内の内容に同意し、下記のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　日 | 　　年　　　　月　　　　日（　　　　　） |
| 実施希望日 | 　　年　　　　月　　　　日（　　　　　） |
| 検査を希望する者の氏名 |  |
| 本学園所属者との関係 | 該当するものにチェック☑し、必要事項を記載してください。　□１．本学園の学生・生徒本人　　　所属校・学部（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　学　年（　　　　　　　　）年□２．本学園の教職員本人所属校・部署（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□３．本学園の学生・生徒の同居家族　　　学生・生徒名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　所属校・学部（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　学年（　　　　　　　　　）年　　　続柄：　父　　母　　祖父　　祖母　　兄　　弟　　姉　　妹　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□４．本学園の教職員の同居家族　　　教職員名（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　所属校・部署（　　 　　　　　　　　　　　　　　　）　　　続柄　 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 利用案内の対象者区分検査を希望する理由 | （対象者区分）　　　Ａ　　　Ｂ　　　Ｃ　　　Ｄ　　　←〇をつける（理由） |
| 検査結果連絡先氏名、電話・ＦＡＸ番号、メールアドレス等 | 連絡先氏名　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）電話・ＦＡＸ番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）メールアドレス　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

ここから下は記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 検査実施日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 検査結果 | 　　　　　　　　陰性　　　　　　　陽性 |
| 検査結果の通知日 | 年　　　月　　　日 |
| 備考欄 |  |