

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	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 本学園の学生・生徒本人 所属校・学部 () 学 年 () 年</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 本学園の教職員本人 所属校・部署 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 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 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 本学園の教職員の同居家族 教職員名 () 所属校・部署 () 続柄 ()</p>
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 ←○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	