抗原検査キット配付申込書

浦安市立小中学校の児童生徒を対象とした抗原検査キットの配付を希望します。

注意事項

・申込書は、必ず保護者が記入してください。
・申込書は、児童生徒１人につき１枚記入してください。
・活動参加日の２日前頃に受け取りにきてください。
・抗原検査キットを必要とする児童生徒にいきわたるよう、原則、児童生徒１人につき１回までの配付となります。ご協力お願いいたします。
・陽性、陰性、判定不能にかかわらず、**検査結果を必ず在籍する学校へ報告**してください。
　なお、陽性の場合は千葉県ホームページで陽性者登録をしてください。

配付対象者の確認

該当する□に✓してください。（次の**全てに該当する方が対象**です。）

□	市立小中学校在学の児童生徒である
□	発熱や喉の痛みなどの有症状では無い方
□	濃厚接触者には該当しなかったが、陽性者との接触により感染の不安がある方
□	部活動や習い事などの活動へ参加するのに不安がある方 （旅行や遊びに行く場合を除く）

※児童生徒自身が濃厚接触者または有症状である場合は、配布対象になりません。千葉県のホームページから「千葉県新型コロナウイルス感染症検査キット」を申請してください。
※新型コロナウイルス感染症の**陽性者との接触がない場合は、配付対象になりません**。

申込日

申込日	令和　　年　　月　　日

申込者（保護者）

氏　　名	＊押印不要
電 話 番 号	

検査キットを使用する児童・生徒

学　校　名	浦安市立　　学校
学 年 ・ 組	年　　組
児童生徒氏名	
参加する活動 （該当する□に✓）	□部活動　□塾　□その他（　　） ↑具体的に記入してください。（例：音楽教室、MBC）
活 動 参 加 日	令和　　年　　月　　日