

入学者選抜に係る理由書

令和 年 月 日

高等学校長 様

入学志願者氏名 _____

(本検査受検番号 _____)

保護者氏名 _____

令和4年度（2022年度）熊本県立高等学校入学者選抜において、下記の内容を申し添えます。

記

- 1 濃厚接触者等に該当すると判断した保健所の名称
(_____)
- 2 保健所から濃厚接触者等に該当すると連絡があった日
令和 年 月 日
- 3 保健所から健康観察期間として不要不急の外出を控えるよう指示されている期間
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
- 4 保健所によるPCR検査の結果又は検疫所による抗原定量検査の結果
(_____)
- 5 発熱、息苦しさ、倦怠感、味覚・嗅覚障がい等の症状の有無
(有 ・ 無 _____)

※該当するものに○をつけてください。

中学校長 証 明 欄	上記のとおり保護者から申し出があったことを証明します。 令和 年 月 日 学校長 氏名 <div style="float: right; border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 職 印 </div>
-------------------	--

※受検当日、発熱、息苦しさ、倦怠感、味覚・嗅覚障がい等の症状がある場合は受検できません。