

(様式コ2)

健康観察期間終了報告書

令和 年 月 日

福岡県立

高等学校長 殿

本人氏名

(受検番号 _____)

保護者氏名

印

志願者氏名 _____ は、令和 年 月 日に、新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者に該当すると連絡を受けましたが、令和 年 月 日に健康観察期間が終了しましたので申し出ます。

1 濃厚接触者に該当すると判断した保健所名及び連絡先

2 PCR検査の実施日及び結果

上記について、確認しました。

令和 年 月 日

学校長 印