（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の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 |
|  |