

(様式コ2)

健康観察期間終了報告書

令和 5年 月 日

福岡県立八幡中央高等学校長 殿

本人氏名(自署)

(受検番号 _____)

保護者氏名(自署)

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していましたが、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。

- ・ PCR検査等の実施日及び結果

上記について、確認しました。

令和 年 月 日

学校長 印

