

第2回仙台三桜高等学校オープンキャンパス参加に関する確認書（提出資料）

宮城県仙台三桜高等学校 校長 殿

参加生徒の学校名

氏 名 (1人1枚)

住 所

連絡先（電話番号）

★下記の囲み線内は当日ご記入して下さい。

オープンキャンパス当日の体温	℃
体育館での座席位置	番の座席に座りました。

下記の健康状態について、該当する事項はありませんので、仙台三桜高校の指示に従いオープンキャンパスに参加致します。

記

オープンキャンパス実施日の前2週間における健康状態について

(健康状態の有無について該当する方にをお願いします)

- | | 有 | 無 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ア) 平熱を超える発熱 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| イ) 咳・喉の痛みなど風邪症状 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ウ) だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| エ) 味覚や嗅覚の異常 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| オ) 体が重く感じる、疲れやすい | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| カ) 新型コロナウイルス感染症の陽性者との濃厚接触の有無 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| キ) 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ク) 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※参加者全員(生徒、保護者)は、当日に教室にある所定の場所に提出して下さい。各個人につき1枚提出して下さい。

※電話番号は確実に連絡できる番号(保護者の番号も可)をご記入下さい。

※ご記入いただいた個人情報については、万が一感染が発生した場合以外に使用しません。

また、オープンキャンパス終了2週間後に完全廃棄します。