

## 濃厚接触者等確認票

\_\_\_\_\_ 高等学校長 殿

受検番号： \_\_\_\_\_

氏名： (受検者) \_\_\_\_\_

(保護者) \_\_\_\_\_

神奈川県公立高等学校入学者選抜について、濃厚接触者として、一定の要件を満たしたことを確認したのでご報告します。

○判断した保健所等の名称

\_\_\_\_\_

○保健所等から濃厚接触者に該当すると（本人に）連絡があった日

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_ ）

○保健所等から、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（ \_\_\_\_ ） から 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_ ）

○自治体等によるPCR検査の結果

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_