

山梨県立ふじざくら支援学校オープンスクール参加申込書

園・学校・所属名			
申込者名	氏名		
連絡先（電話番号）			

○参加申込について *FAXまたは郵送にて申し込んでください。

申込期限	令和4年5月31日（火）	午後5時必着
------	--------------	--------

○参加日 *いずれかの〈 〉内に○をつけてください。

	〈 〉	【中学部】	令和4年6月 9日（木）
	〈 〉	【高等部】	令和4年6月16日（木）
	〈 〉	【小学部】	令和4年6月23日（木）

○保護者（幼児・児童・生徒）申込欄

保護者氏名	幼児・児童・生徒氏名	学年	児童生徒本人の参加 ※本人が参加する場合には、○をつけてください。

※年長児の参加は、御遠慮いただきます。

○学校関係者・市町村担当者申込欄

氏名	職名

〈申込及びお問合せ先〉

あて先	山梨県立ふじざくら支援学校 地域支援部
所在地	〒401-0301 山梨県南都留郡富士河口湖町船津6663-1
電話番号	0555-72-5161
FAX	0555-72-5164

※参加希望者が多数の場合は、用紙をコピーして御利用ください。

健康観察シート

※ 体温測定を行い、該当する症状がある場合には✓をしてください。

山梨県立ふじざくら支援学校 保健室

熱がある・咳が出るなどの症状がみられる場合には、感染症が疑われます。症状がある場合には、相談機関に連絡または医療機関を受診し医師の指示に従ってください。

氏名																					
日付	月	日	()	月	日	()	月	日	()	月	日	()	月	日	()	月	日	()	月	日	()
確認項目	朝の体温		°C	朝の体温		°C	朝の体温		°C	朝の体温		°C	朝の体温		°C	朝の体温		°C	朝の体温		°C
	症状が有る場合✓を入れる			症状が有る場合✓を入れる			症状が有る場合✓を入れる			症状が有る場合✓を入れる			症状が有る場合✓を入れる			症状が有る場合✓を入れる			症状が有る場合✓を入れる		
	咳	<input type="checkbox"/>		咳	<input type="checkbox"/>		咳	<input type="checkbox"/>		咳	<input type="checkbox"/>		咳	<input type="checkbox"/>		咳	<input type="checkbox"/>		咳	<input type="checkbox"/>	
	鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/>		鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/>		鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/>		鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/>		鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/>		鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/>		鼻汁・鼻閉	<input type="checkbox"/>	
	咽頭痛	<input type="checkbox"/>		咽頭痛	<input type="checkbox"/>		咽頭痛	<input type="checkbox"/>		咽頭痛	<input type="checkbox"/>		咽頭痛	<input type="checkbox"/>		咽頭痛	<input type="checkbox"/>		咽頭痛	<input type="checkbox"/>	
	味覚・嗅覚障害	<input type="checkbox"/>		味覚・嗅覚障害	<input type="checkbox"/>		味覚・嗅覚障害	<input type="checkbox"/>		味覚・嗅覚障害	<input type="checkbox"/>		味覚・嗅覚障害	<input type="checkbox"/>		味覚・嗅覚障害	<input type="checkbox"/>		味覚・嗅覚障害	<input type="checkbox"/>	
	頭痛	<input type="checkbox"/>		頭痛	<input type="checkbox"/>		頭痛	<input type="checkbox"/>		頭痛	<input type="checkbox"/>		頭痛	<input type="checkbox"/>		頭痛	<input type="checkbox"/>		頭痛	<input type="checkbox"/>	
	倦怠感	<input type="checkbox"/>		倦怠感	<input type="checkbox"/>		倦怠感	<input type="checkbox"/>		倦怠感	<input type="checkbox"/>		倦怠感	<input type="checkbox"/>		倦怠感	<input type="checkbox"/>		倦怠感	<input type="checkbox"/>	
	その他の症状	<input type="checkbox"/>		その他の症状	<input type="checkbox"/>		その他の症状	<input type="checkbox"/>		その他の症状	<input type="checkbox"/>		その他の症状	<input type="checkbox"/>		その他の症状	<input type="checkbox"/>		その他の症状	<input type="checkbox"/>	
	家族等の症状	<input type="checkbox"/>		家族等の症状	<input type="checkbox"/>		家族等の症状	<input type="checkbox"/>		家族等の症状	<input type="checkbox"/>		家族等の症状	<input type="checkbox"/>		家族等の症状	<input type="checkbox"/>		家族等の症状	<input type="checkbox"/>	

※ 来校後、3日以内に感染症が判明しましたら、本校までご連絡ください。(来校日を0日と数えてください)