

令和3年第3回探究道場  
保護者同意書 兼 健康観察票

(提出先) 京都市立堀川高等学校 研究部 探究道場担当者

※記入のうえ、12月11日（土）に受付で提出してください。

下記のとおり、「令和3年度第3回探究道場」への参加に同意します。

\*以下の確認事項をお読みいただき該当する□にチェックを入れ必要事項をご記入ください。

\*下記のチェック内容によっては、ご参加いただくことができないことがあります。

確認事項	生徒
参加当日の朝に検温（記録）を行い、37.5℃以上の発熱はありません。	<div>あります <input type="checkbox"/></div> <div>ありません <input type="checkbox"/></div>
参加当日の3日前から現在まで、発熱、咳、頭痛、倦怠感、味覚や嗅覚の障害などの自覚症状はありません。	<div>あります <input type="checkbox"/></div> <div>ありません <input type="checkbox"/></div>
過去14日以内に、海外へ渡航したことはありません。	<div>あります <input type="checkbox"/></div> <div>ありません <input type="checkbox"/></div>
現在、新型コロナウイルス感染者との濃厚接触者ではありません。	<div>あります <input type="checkbox"/></div> <div>ありません <input type="checkbox"/></div>
現在、同居家族や身近な知人に感染が疑われる方はいません。	<div>います <input type="checkbox"/></div> <div>いません <input type="checkbox"/></div>
来校時や探究道場の参加中、マスクの着用、咳エチケット、手洗い、手指消毒を徹底します。	<div>同意します <input type="checkbox"/></div>
探究道場の参加中、ほかの参加者や教育関係者と適切な間隔を空けて会話などをします。	<div>同意します <input type="checkbox"/></div>
探究道場への参加にあたり、新型コロナウイルスによる感染拡大防止のため、上記の事項を確認・承諾し、同意します。	<div>同意します <input type="checkbox"/></div>

令和      年      月      日

学校名 \_\_\_\_\_ 学校 \_\_\_\_\_

生徒氏名 (自署)

保護者氏名（自署）

緊急連絡先（自宅または保護者携帯電話）

※ご提出いただきました個人情報「探究道場」実施のみに使用し、これ以外の目的には使用いたしません。