**学生登記表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校 | | 青島日本人学校 | | | | 学年 | |  | | | | |
| 名前 | |  | | | | 身分証明番号か  パスポート番号 | |  | | | | |
| 住所 | | 山東省青島市 | | | | | | | | | | |
| 48時間PCR検査が完全かどうか | | | | 有・無 | 本人及び同居家族の健康コード、行程コードがそろっているかどうか | | | | | 有・無 | | |
| 過去14日間、学生の居住地の所在区内に本土の症例があるか、中高リスク区があるか | | | | | | | | | | | | 有・無 |
| 同居家族情報(2人以上の場合は、別表に他の家族を記入してください) | | | | | | | | | | | | |
| 学生との関係 | | | 名前 | | | | 電話 | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | 学生 | | 家族 | |
| 過去14日間発熱、咳、咽頭痛、嗅覚減退、無力、筋肉痛、下痢などの症状はなかったか | | | | | | | | | 有・無 | | 有・無 | |
| 現在、在宅隔離または在宅健康モニタリング期間中か | | | | | | | | | 有・無 | | 有・無 | |
| 14日以内に市外から青島に戻ったかどうか | | | | | | | | | 有・無 | | 有・無 | |
| 過去14日間、中高リスク区、本区の疫情地区(区)の滞在歴や人員接触歴はありますか。(ある場合は、下のセルに名前、時間、滞在歴または接触歴を記入してください) | | | | | | | | | 有・無 | | 有・無 | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **情報承諾** | **本人と保護者は以上の情報が真実で有効であることを約束し、虚偽の報告を隠すことはない。**  学生自筆サイン:　　　　　　　　　　　　　　保護者自筆サイン： | | | | | | | | | | | |
| **意見審査** | 学校審査者サイン：　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

**別表（同居家族情報が2人以上の場合は本表にご記入ください）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校 | | | 両面印刷の場合は記入不要 | | 学年 | 両面印刷の場合は記入不要 | | |
| 名前 | | | 両面印刷の場合は記入不要 | | 身分証明番号かパスポート番号 | 両面印刷の場合は記入不要 | | |
| その他の同居家族情報 | | | | | | | | |
| 学生との関係 | | 名前 | | 電話 | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | |
| 本人または同居家族は過去14日間中高リスク区、本区疫情地区(区)の滞在歴または人員接触歴がありますか。(ある場合は、下のセルに名前、時間、滞在歴または接触歴を記入してください) | | | | | | | | 有・無 |
|  | | | | | | | | |
| **情報承諾** | **本人と保護者は以上の情報が真実で有効であることを約束し、虚偽の報告を隠すことはない。**  学生自筆サイン:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者サイン: | | | | | | | |
| **意見審査** | 学校審査者サイン：　　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |