# 検査同意書・陰性確認書

学校名　　愛知県立稲沢高等学校

学年・組・番号　　年　　組　　番

氏　名

部活動名　　部

検査日時　令和　　年　　月　　日　　時　　分

令和　　年　　月　　日に開催される　　に参加するために、抗原定性検査キットを用いた新型コロナウイルスに関する検査を行うことに同意し、上記生徒が陰性であることを確認しました。

保護者署名
（父母等）

（確認者署名※
本人との関係）

※　抗原定性検査キットで陰性であることを確認した者が、保護者（父母等）でない場合は、確認者が署名及び本人との関係を記入してください。

公式大会やコンクール等に参加する場合は、記入のうえ顧問に提出してください。