

(様式5)

年 月 日

明石市立 中学校長 様

()大学長

確 認 書

下記の内容について、確認いたしましたので提出します。

記

実習予定者名 ()

実習校名 (明石市立 中学校)

実習予定期間 ()月()日 ~ ()月()日

健康診断受診日 ()月()日

健康診断結果 異常なしである場合、右に○をする。(異常なし)
特記事項()

麻しん抗体確認 ①予防接種 2 回(実施済み ・ 未実施)
※実施済みの場合、母子手帳等での確認が必要です。
※1 回接種の場合は、2 回目の予防接種を受けるか、抗体検査を受けて下さい。
②抗体の有無 (有 ・ 無)
③麻しんの罹患の既往 (罹患済み ・ 罹患していない)
※罹患済みの場合は、罹患証明を確認してください。
※実習には、①、②、③いずれかの確認が必要です。

新型コロナウイルス 罹患確認

- ①教育実習開始の 2 週間以内に海外の渡航経験 (ある ・ ない)
- ②教育実習開始の 2 週間以内に37.0℃以上の発熱 (ある ・ ない)
- ③教育実習開始の 2 週間以内に同居している家族や親しい友人間で
新型コロナウイルス等に罹患したものがいないこと (いる ・ いない)