

開成高等学校 校長 野水 勉 殿

開成高等学校 入学試験追試験受験資格申請に際しての誓約書

受験番号_____

志願者氏名【自署】_____

上記の者は、2月10日時点で、新型コロナウイルス感染症に罹患していたため、もしくは、新型コロナウイルス感染症罹患者の濃厚接触者に特定されていたため、2月10日の開成高等学校の受験を欠席せざるを得ませんでした。同日、他校の受験もしていません。

以上につき、誓約いたします。

なお、提出した書類に虚偽があった場合や、2月10日の9時から14時50分間に他校を受験していたことが発覚した場合は、追試験の受験資格および、合格の取り消しとなることを承知いたします。

_____年 月 日

志願者保護者 _____ 印

新型コロナウイルス感染症罹患の確認書 (保健所への確認承諾書)

受験番号 _____

志願者氏名【自署】 _____

保健所から指示を受けた日 _____月_____日

罹患による就業制限の期間
 _____月_____日 ~ _____月_____日

就業制限を指示した保健所名 _____保健所
 当該保健所の電話番号 _____

記入日 _____年_____月_____日

志願者保護者 _____ 印

上記の _____ を記入してください。

なお、当方にて、2月1日の試験当日に上記の志願者が新型コロナウイルスに罹患し、就業制限中であったことを、当該保健所に連絡して、確認いたします。開成中学校追試験係より、確認依頼の連絡があった場合は、答えてもらって構わない旨を、あらかじめ、当該保健所に連絡しておいてください。

新型コロナウイルス感染症罹患の確認書 (保健所への確認承諾書)

受験番号 _____

志願者氏名【自署】 _____

保健所から指示を受けた日 _____月 _____日

罹患による就業制限の期間
_____月 _____日 ~ _____月 _____日

就業制限を指示した保健所名 _____保健所
当該保健所の電話番号 _____

記入日 _____年 _____月 _____日

志願者保護者 _____ 印

上記の _____ を記入してください。

なお、当方にて、2月10日の試験当日に上記の志願者が新型コロナウイルスに罹患し、就業制限中であったことを、当該保健所に連絡して、確認いたします。開成高等学校追試験係より、確認依頼の連絡があった場合は、答えてもらって構わない旨を、あらかじめ、当該保健所に連絡しておいてください。