

追試験受験願

申請年月日 令和5年 月 日

出 願 課 程 (○をつけてください)	
認定看護師教育課程 (在宅ケア分野) 認定看護師教育課程 (感染管理分野) 看護師特定行為研修 (在宅・慢性期領域)	
受 験 者 氏 名	受 験 番 号
フリガナ	
受 験 者 住 所 ・ 電 話 番 号	
〒 (電話番号)	
申請理由 *該当する申請理由に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 試験当日までに、発熱・咳等の症状を理由に追試験の受験を希望する者 ※医師の診断書等を添付してください。 <input type="checkbox"/> 試験当日に高熱の症状 (38.0℃以上) がある者 <input type="checkbox"/> 試験当日に新型コロナウイルスに感染している可能性が高いと思われる症状 (息苦しさ (呼吸困難)、強いだるさ (倦怠感) 等の強い症状のいずれか) がある者 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症に罹患し、試験日までに医師が治癒したと診断していない者 ※医師の診断書等を添付してください。 <input type="checkbox"/> 保健所等から濃厚接触者に該当するとされ、試験日に初期スクリーニング (自治体又は自治体から指示された医療機関が実施する PCR 等の検査) の結果が出ていない者 ※下記新型コロナウイルス感染症濃厚接触者申告書を全て記入してください。 <input type="checkbox"/> 外国から日本に入国し、待機を要請されている期間中の者 ※パスポートの写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 学校保健安全法で出席停止が定められている感染症 (インフルエンザ、麻疹、水痘、風疹等) に罹患し、試験日までに医師が治癒したと診断していない者 ※医師の診断書等を添付してください。	

新型コロナウイルス感染症濃厚接触者申告書

1. 保健所等から濃厚接触者に該当するとされた日：令和5年 月 日

医療機関等 (保健所) 名：

2. 経過等

記載者： (受験者本人との関係：)

※医療機関等 (保健所) で証明ができる場合は、上記1および2について記入依頼をしてください。
医療機関等での証明ができない場合は、上記1および2を受験者以外 (保護者等) が記入してください。

※濃厚接触者には、保健所からの連絡が感染者等から間接的に伝達された者を含みます。