

令和4年2月24日

第3学年 保護者各位

練馬区立開進第二中学校  
校長 指田 和浩

## 修学旅行に向けた新型コロナウイルス感染症予防に係るPCRおよび抗原検査の実施について

日頃から、本校の教育活動にご理解とご協力を頂き誠にありがとうございます。

また、新型コロナウイルス感染拡大防止について、ご理解ご協力いただき、ありがとうございます。

さて、練馬区教育委員会では、修学旅行の実施に向けてオミクロン株に対する感染症対策強化を目的とし、感染拡大を防止する取組のひとつとして、下記のとおりPCR等の検査を実施することといたしました。

保護者の皆様におかれましては、学校内での感染拡大を未然に防ぐとともに、生徒および保護者の皆様が安心して修学旅行を実施することを目的とした検査となりますので、PCR検査と抗原検査へのご協力をお願いいたします。

### 記

#### 1 検査対象者

修学旅行参加者

なお、本検査の受検は任意ですが、ご協力いただきますようお願いいたします。

#### 2 検査費用

無料

#### 3 検査方法・実施日

##### ① PCR検査 令和4年3月6日（日曜日）

学校から検査キットを受け取り、自宅で唾液を採取し、ゆうパックにて検査機関へ発送していただきます。

##### ② 抗原検査 令和4年3月10日（木曜日）

学校から検査キットを受け取り、下校後、自宅で鼻腔ぬぐい液にて検査し、15～20分後に判定。

#### 4 PCR検査結果の通知方法

##### ① PCR検査

「陽性の可能性あり」の場合は、出発前日の夜までに学校より保護者に対し、個別に連絡いたします。

##### ② 抗原検査

自宅で「陽性」が判明の場合は、速やかに学校へご連絡ください。

## 5 同意書の提出

検査にご協力いただける場合は、保護者様から学校への検査同意が必要になります。  
3月1日（火曜日）までに、学校へ提出してください。

## 6 陽性者と判明した場合

当該行事については、参加不可とさせていただきます。その後の対応につきましては、医療機関に受診し医師の判断に従ってください。

## 7 新型コロナウイルス感染症に感染された方、濃厚接触者等に対する偏見や差別を生じさせないために

本校では、新型コロナウイルスに感染された方、濃厚接触者とその家族、あるいは治療にあたる医療従事者とその家族の皆様に対して、偏見や差別は断じて許されないものであると認識しております。

保護者の皆様と共に教職員一同、この難局を乗り越えていきますので、今後ともご理解ご協力のほど何卒よろしくお願い致します。

本件問合せ先

練馬区立開進第二中学校

(担当者) 副校長 中野 麻委

学年主任 小美野 祐輔

電 話 03-3993-1348

## 修学旅行に参加予定の生徒の保護者の皆様へ

### 1 学校に提出していただくもの

#### (1) 検査を受ける場合

- 保護者同意書

「同意する」に○を付け必要事項を記入の上、提出してください。

なお、同意していただけない場合は、検査を受けることはできません。

#### (2) 検査を受けない場合

- 「同意しない」に○を付け必要事項を記入の上、提出してください。

### 2 検査の際お渡しする物

#### (1) PCR検査キット 1箱

検査申込書、検体採取手順・検体返送手順、ジップロックに封入された「唾液採取容器、ウイルス不活性化液、パラフィルム」、緩衝材

#### (2) レターパック 1袋

### 3 検査の方法

検体採取手順および検体返送手順により実施をしてください。

### 4 検査結果の通知方法

陽性の場合は、学校から保護者の方に電話でお知らせいたします。

### 5 その他

本検査はスクリーニング検査であり、医師の診断を伴うものではありません。

また、本検査は強制するものではありません。

問合せ先

練馬区立開進第二中学校

担当 副校長 中野 麻委

学年主任 小美野 祐輔

電 話 03-3993-1348

【学校提出用】

## 保護者同意書

開進第二中学校長 殿

(生徒氏名) \_\_\_\_\_ の保護者 \_\_\_\_\_ は、

下記の全ての項目について、意向を表明します。

- 1、新型コロナウイルス感染症PCR検査および抗原検査を受けること。
- 2、検査結果が「陽性の可能性あり」の場合は、かかりつけ医や提携医療機関を受診すること。  
(その際、受診費用は自己負担となります。また、保険診療の対象となるかは医療機関の個別の判断になりますので、必ず事前に確認してから受診してください。)
- 3、PCR検査機関が東京都に対して検査結果に関する個人情報を提供すること。

同意します → 連絡先 \_\_\_\_\_

※御記入いただきました個人情報は、本検査実施目的のみで使用いたします。

同意しません

※どちらかに○を付けてください

令和4年 月 日

年 組 番 生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者署名 \_\_\_\_\_