

感染症に感染したこと又は医師等から自宅待機を指示されたことにより専門実践教育訓練を欠席したことの申告書

感染症に感染した者 (該当する番号に○をつける。)	1 受講者本人 2 親族(*) (受講者との続柄:) 3 同居人 注) 2の親族の場合は、続柄を記載すること。
診察日	令和 年 月 日
病院名	
病院所在地 (電話番号)	
医師又は担当医療機関関係者から自宅待機が必要と指示された感染症の名称・その指示内容 (**) (***)	(赤字: 記載例) 感染症の名称: 新型インフルエンザ 診察時における医師の指示内容: 母が新型インフルエンザに感染している又はその可能性が高いことから、私も含めて○日間程度自宅で安静にしたほうがよいと言われました。
※ <u>診療明細書が発行されなかった場合</u> に、受けた診療の内容を記入してください。	医師からどのような診察を受けたのか記載する欄。 記載する項目としては、①医師からどのような質問がなされ、②その結果どのような身体所見(視診・聴診等)がなされたのかといった項目を想定。
上記感染症により訓練を欠席した期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間

* 親族とは民法第 725 条に規定する親族、すなわち 6 親等以内の血族、配偶者及び 3 親等以内の姻族をいいます。詳しくは裏面を御確認ください。

* * 学校保健安全法施行規則(昭和 33 年文部省令第 18 号) 第 18 条に規定する感染症に限ります。
詳しくは裏面を御確認ください。

* * * 受講者本人以外の親族又は同居人が感染症に感染し、医師又は担当医療機関から受講者本人も含めて自宅待機が必要と指示された場合は、その親族又は同居人が感染した感染症の名称及び指示された内容を具体的に記載してください。

上記の記載事実に虚偽がないことを申告します。

(訓練施設の長)

殿

令和 年 月 日

(フリガナ) 受講者氏名	
住 所 (電話番号)	(電話番号) — —
教育訓練実施者名 教育訓練施設名 講座名及び指定番号	

※ 申告内容は正しく記載してください。偽りその他不正の行為によって教育訓練支援給付金を受けたり、又は受けようとしたときは、以後教育訓練支援給付金及び教育訓練給付金を受けることができなくなるばかりでなく、不正受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。