

郵送提出先：
〒180-8566
東京都武蔵野市吉祥寺東町3-3-7
武蔵野美術大学通信教育チーム
スクーリング担当宛

武蔵野美術大学 通信教育課程

提出日 年 月 日

自宅待機（療養）報告書

新型コロナウイルス感染症対策として療養をし、受講料返還をともなうスクーリング受講取消等を希望する場合は、下記に必要事項を記入し、当該スクーリングの初日から1週間以内に通信教育チームスクーリング担当に提出してください。

大学への欠席連絡日	年	月	日	学籍番号	
学科		コース		氏名	

1、 自宅待機理由：該当する項目に✓をしてください。

<input type="checkbox"/>	A	新型コロナウイルス感染症に感染した	診断日：
<input type="checkbox"/>	B	新型コロナウイルス感染症感染者の濃厚接触者と認められた	
<input type="checkbox"/>	C	同居者（会食者）が新型コロナウイルス感染症の疑いで検査をした	
<input type="checkbox"/>	D	感染を疑う症状があった	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ワクチン接種（副反応）と思われる場合	ワクチン接種日：

※ Aの方は、検査結果や陽性者への通知文書などがある場合はコピーを提出すること。

※ 医療機関を受診した方は、診療明細書等のコピーを提出すること。

※ Dのうちワクチン接種の影響（副反応）と思われる場合、接種日がわかる書類のコピーを添付すること。

2、 療養場所：該当する項目に✓をしてください。（重複可）

<input type="checkbox"/>	自宅				
<input type="checkbox"/>	ホテル	入所期間	月	日	～ 月 日
<input type="checkbox"/>	入院	入院期間	月	日	～ 月 日

3、 療養指示期間：1の該当箇所に記入してください。

<input type="checkbox"/>	A	月 日 ～ 月 日	保健所又は医療機関指示期間
<input type="checkbox"/>	B	月 日 ～ 月 日	保健所指示期間
<input type="checkbox"/>	C	月 日 ～ 月 日	検査結果確認日迄
<input type="checkbox"/>	D	月 日 ～ 月 日	

【個人情報の取り扱いについて】

個人情報は、関連部署が必要な内容を共有し、原則として第三者に開示いたしません。しかしながら、個人情報保護法に基づいて、学内での集団感染防止など緊急を要する場合や、法令に基づく場合、または本人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難である時は、例外的に第三者に情報を開示することがあります。