

担任	学年主任	公簿担当

実践女子学園高等学校長殿

年 月 日

新型コロナウイルスワクチン接種に伴う届

高等学校 学年 組 番

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ ㊦

登校しなかった期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

当てはまる番号に○をつけ、空欄に必要事項を記入してください。

- 1 ワクチン接種の期日や場所の選択が困難であり、かつ接種場所までの移動に長時間を要する場合

接種日 年 月 日

- 2 発熱などの風邪の症状が副反応として見られた場合

主な症状 ()