

新型コロナワクチンの接種に伴う欠席届

松蔭中学校・高等学校

校長 浅井 宣光 様

中学・高校 _____年 _____組 _____番

生徒名 _____

[ワクチン接種のための欠席]

ワクチン接種日 _____年 _____月 _____日 (_____回目)

[ワクチン接種後の副反応による欠席]

_____年 _____月 _____日

_____年 _____月 _____日

*現れた症状について、ご記入ください。

[]

保護者名 _____ 印

※医療機関の証明等は不要です。

※発熱等体調不良が続く場合は、ワクチン接種を受けた医療機関、かかりつけ医または市町村の相談窓口にご相談ください。