

校 長	教 頭	教 頭	教務部長	養護教諭	担 任

新型コロナウイルス感染症にかかる
ワクチン接種による出席停止届

令和____年____月____日

多治見西高等学校長 様

多治見西高等学校____年____組____番

生徒氏名_____

保護者氏名_____印

新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種のため
出席停止を申請します。

記

1 接種日時（1回目）令和____年____月____日（____）____時から
※____限から____限まで

（2回目）令和____年____月____日（____）____時から
※____限から____限まで

2 接種会場もしくは医療機関名
