

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

---