

新型コロナワクチン接種による欠席期間報告書

- * 新型コロナワクチンの接種、もしくはその後の副反応のために療養が必要で、欠席した場合、以下の内容をご記入の上提出して下さい。原則、接種日を含めて連続3日以内を公認欠席と致します。
- * 副反応が強く3日を越える療養を必要とする場合や接種から日を置いて副反応が見られた場合には、個別に相談に応じますので学校へご相談下さい。
(医療機関を受診の上、診断書をご提出頂くことがあります。)

鉛筆・シャープペンシル・フリクション等、消せる筆記用具での記入は不可

(中学・高校) ____年 ____組 ____番 氏名 _____

保護者氏名 _____ ㊞

【ワクチン接種のための欠席について】

ワクチン接種日 ____月 ____日

接種したワクチンの回数 ____回目

【接種後の副反応による欠席について】

〔接種部の痛みや腫れ、疲労、頭痛、関節痛、筋肉痛、発熱や悪寒、吐き気や嘔吐〕
など、現れた症状をご記入ください。

症状 _____

【欠席期間】

接種日を含め連続3日まで。3日を越える療養を必要とする場合は予めご相談ください。

開始日 (接種日に同じ)

終了日

年 月 日 ~ 年 月 日

* ここからは学校処理欄

校長	教頭	教務部	生徒指導部	保健主任	学年主任	担任