**新型コロナワクチン接種に関する**

**出席停止確認書**

熊本県立人吉高等学校五木分校

　　　　年　　　組　　　　号　氏名

1. ワクチン接種日時

　　　　　　　　　令和 年　　　 月　　　　日　午前・午後　　　　時～

1. 接種場所　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**【ワクチン接種に伴う副反応により、風邪症状等が見られ、欠席した場合は記入してください。】**

療養期間　　令和 　年 　月　 日　～　令和　 年 　 月 　 日

※症状および、その症状の発生の日時、治まった日時などを詳しくお書きください

令和　　　年　　　月　　　日

保護者氏名

【学校記入欄】

令和 年　　　 月　　　　日　　　　 から 　 　月　　　　日　　　　　まで出席停止とする。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 校　長 | 副校長 | 教頭 | 担　任 | 保健室 |
|  |  |  |  |  |