

年 月 日

駒場学園高等学校長殿

出席停止願

(新型コロナウイルスワクチン接種による副反应用)

年 組 番 氏名

保護者名 印

下記の事由により欠席または早退しましたので、出席停止の措置をお願いいたします。

〈事由〉

新型コロナウイルスワクチン接種〔 〕回目に伴う副反応の発現

接種日： 年 月 日 ()

〈接種したワクチンの種類〉※当てはまる項目に○印を記入してください

1. ファイザー社製ワクチン
2. モデルナ社製ワクチン
3. その他 (右の欄に記入してください)〔 〕社製ワクチン

[対象日・対象期間]

年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

※学校記入欄

出席停止期間	月 日 () 時間目 ~ 月 日 () 時間目
出席停止日数	日
備考	