

校長	教 頭	教務主任	保健主事	養護教諭	担 任

愛知県立三好高等学校長 殿

新型コロナウイルス感染症に関わる **治癒** ワクチン接種 **報告書**

1 生徒氏名

年 組 番 氏名 _____

2 出席停止期間

令和 年 月 日 () _____

令和 年 月 日 () _____

令和 年 月 日 () _____

令和 年 月 日 () _____

令和 年 月 日 () _____

※ **5日を超える場合は**、別途治療内容が証明できる通院履歴や検査結果等を添付の上、
2枚目をご提出ください。

3 該当する全ての理由に○を記入してください

- () 医療機関にて新型コロナウイルスに感染と診断されたため。
- () 感染者の濃厚接触者となったため。(同居家族が新型コロナウイルスに感染した場合など)
- () 発熱等の風邪症状があったため。
- () 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)があったため。
- () 新型コロナウイルスワクチンの接種のため。
- () ワクチン接種の副反応に伴う体調不良のため。
- () その他 _____

※具体的に記入してください。

4 医療機関名および住所・電話番号(未受診の場合は記入しない)

医療機関名	
医師名	

症状が回復し、登校が認められる状況まで治癒したことを医療機関に代わって報告します。
新型コロナウイルスワクチンを接種

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ (自署)