

## ワクチン接種及び副反応による出席停止届

文星芸術大学大学附属高等学校長 大塚 晃 様

第.....学年.....組.....番

.....科.....類・コース

生徒氏名

.....

1. ワクチン接種日（ 回目 ）

令和.....年.....月.....日（.....曜日）

2. ワクチン接種（ 回目 ）後の副反応

令和.....年.....月.....日（.....曜日）～.....月.....日（.....曜日）まで

.....日間

上記の理由により、出席停止となりましたのでお届け致します。

令和.....年.....月.....日

保護者氏名

.....印