

新型コロナワクチン接種同意書

一緒に配布された「新型コロナワクチン予防接種についての説明書」や「新型コロナワクチン接種についてのお知らせ」を御一読いただいたうえで、接種を希望する場合は、下の枠内に必要事項を御記入（署名）いただき、学校から指定された日までに御提出ください。

新型コロナワクチンの接種に同意します。

令和3年 月 日

希望するワクチン接種日時に○を付けてください。

協町高校		接種日	第一希望	第二希望	第三希望
1回目	2回目				
I	9月4日 午前	10月2日 午前			
J	9月4日 午後	10月2日 午後			
K	9月5日 午前	10月3日 午前			
L	9月5日 午後	10月3日 午後			
上記のうちいつでもよい場合は右の欄に○を書いてください→					

《接種者本人》

学年・組 _____ 年 _____ 組 _____ 番

生徒氏名 _____

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

住民票上の住所 _____

保護者氏名（署名） _____

年齢が20歳以上の場合、保護者の同意は不要です。

※提出期限： _____ 月 _____ 日 提出先： _____