

## 新型コロナワクチン接種調査・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、下の枠内に必要事項を御記入（署名）いただき、8月4日（水）までに各HR担任に御提出ください。

今回のワクチン接種を （ 希望する 希望しない ）

※どちらか一方を○で囲んでください。

希望しない場合 生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名（署名） \_\_\_\_\_

希望する場合、下記に必要事項を記入してください。

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。

池田高校辻校 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：8月4日（水）

提出先：池田高校辻校 HR担任まで