

(別紙4)

主治医の先生

徳島県立富岡東高等学校長

(羽ノ浦校)

本校の看護臨地実習におきまして、ワクチン接種(麻疹・風疹・耳下腺炎・水痘)が必要ですので、接種日等を御記入くださいますようお願いいたします。

() ワクチン接種報告書 (回目)

学 校 名	富岡東高等学校羽ノ浦校
氏 名	
接 種 日	年 月 日
接種医療機関の印	

*医療機関に記入して頂き、コピー1部を学校に提出してください。

不足分はコピーしてください。