

(別紙5-1)

主治医の先生

徳島県立富岡東高等学校長職務代理教頭

(羽ノ浦校)

本校の看護臨地実習におきまして、B型肝炎ワクチンの接種が必要ですので、
接種日等を御記入くださいますようお願いいたします。

B型肝炎ワクチンワクチン接種報告書(1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。

(別紙5-2)

主治医の先生

徳島県立富岡東高等学校長職務代理教頭

(羽ノ浦校)

本校の看護臨地実習におきまして、B型肝炎ワクチンの接種が必要ですので、
接種日等を御記入くださいますようお願いいたします。

B型肝炎ワクチン接種報告書(2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。

(別紙5-3)

主治医の先生

徳島県立富岡東高等学校長職務代理教頭

(羽ノ浦校)

本校の看護臨地実習におきまして、B型肝炎ワクチンの接種が必要ですので、
接種日等を御記入くださいますようお願いいたします。

B型肝炎ワクチン接種報告書(3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。