

公 欠 願

令和 年 月 日

敬愛大学八日市場高等学校長 様

年 組 番 生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

コロナウイルスワクチン接種のため欠席したいので、公欠扱いにしてください
ださるようお願いいたします。

1 公欠希望日時 令和 年 月 日() 時～ 時

2 接 種 場 所 _____

3 接 種 日 時 令和 年 月 日() 時 分

※接種後の副反応による発熱・体調不良等についても公欠になります。
担任に連絡してください。

公 欠 願

令和 年 月 日

敬愛大学八日市場高等学校長 様

年 組 番 生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

コロナウイルスワクチン接種のため欠席したいので、公欠扱いにしてください
ださるようお願いいたします。

1 公欠希望日時 令和 年 月 日() 時～ 時

2 接 種 場 所 _____

3 接 種 日 時 令和 年 月 日() 時 分

※接種後の副反応による発熱・体調不良等についても公欠になります。
担任に連絡してください。