

令和3年 9月13日

保護者 各位

山梨県立巨摩高等学校
校長 横森 伸司

高校生向け新型コロナワクチン接種について(ご案内)

この度、山梨大学から県内高校生を対象とするワクチン接種の案内がありました。これは、山梨大学が職域接種で確保したワクチンを活用し、高校生が安心して学校活動を行えるよう支援することを目的とするものです。

つきましては、お子さまのワクチン接種を希望される場合には、別添の説明書等により内容を御確認のうえ、ワクチン接種同意書に必要事項を記入し、お申し込みください。今回の接種は、希望によるもので強制をするものではありません。お子さまの健康状況や既往症、今後の予定なども含めて御判断ください。かかりつけの医療機関がある場合には、主治医等に相談し問題ないことを確認してから申し込むようお願いいたします。

なお、ワクチン接種を希望しないことにより、学校生活を送る上で不利になるようなことはありません。

1 接種日時 9月25日(土) ① 9:00～、②13:00～、③17:00～
 10月 2日(土) ① 9:00～、②13:00～、③17:00～

2 接種会場 山梨大学 甲府キャンパス(甲府市武田)

3 接種ワクチン モデルナ社製ワクチン

4 その他

- ① 「予診票」「説明書」「注意事項」をお渡ししますので、内容を御確認ください。
- ② 接種の際には、保護者の方の同伴をお願いします。
(大学の要請により、緊急時の連絡対応係として本校職員も会場に参ります。)
- ③ 接種日時は調整を行い決定します。決まり次第、速やかにご連絡いたします。
別紙「同意書」の希望調査欄に、都合の悪い日時をご記入ください。
- ④ 2回目の接種は、4週間後の同じ曜日、同じ時間帯になります。
※1回目接種済の場合、2回目の接種として今回接種することはできません。
- ⑤ 不明な点などがありましたら、学校まで御連絡ください。大学への問い合わせはしないでください。

5 申し込み期日 9月15日(水)

新型コロナウイルスワクチン予防接種同意書

この度、山梨大学において実施されます高校生を対象とした新型コロナウイルスワクチン接種について、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、次の生徒が受けることを保護者として同意します。

また、ワクチン接種後に副反応などが生じた際、医師の判断に基づいて必要な診察や治療を受けさせることについても同意します。

【接種を受ける生徒】

接種生徒 _____ 年 _____ 番

氏名（自署）： _____

生年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 生

住 所： _____

緊急時の連絡先電話番号： _____

以上、確認の上、相違ないことを認めます。

令和3年 _____ 月 _____ 日

保護者の氏名（自署）： _____ 印

※接種日時希望調査（ご都合がつかない日時のカッコに×をつけてください。
4週間後の2回目接種も考慮をお願いします。）

9/25（土） ① 9:00～（ ）、②13:00～（ ）、③17:00～（ ）

10/2（土） ① 9:00～（ ）、②13:00～（ ）、③17:00～（ ）