

新型コロナウイルスワクチン接種希望調査票

1 本学が実施する新型コロナウイルスワクチン接種を

希望します ()

希望しません { () 接種済の為、本学の接種を希望しません
() 別途接種予定の為、本学の接種を希望しません
() その他の理由により、本学の接種を希望しません

2 接種会場への送迎バス(土佐市~高知市旭 往復)の利用を

希望します ()

希望しません ()

令和3年 月 日

(本人)

学科・専攻 理学・作業・言語 年 学籍番号

住所(住民票に記載のある住所地)

氏名(自署) 連絡先(電話)

(保護者)

本人との続柄 氏名(自署) 印

調査票提出先：事務室または補導主任

提出締め切り：令和3年8月2日(月)

※提出締め切りに間に合わない場合は、教務・学生課に連絡をしてください。

<連絡先>

高知リハビリテーション専門職大学
高知リハビリテーション学院

教務・学生課 電話 088-850-2311