

# 登校許可書

兵庫県立神戸聴覚特別支援学校

名前\_\_\_\_\_

病名\_\_\_\_\_

上記の者は令和 年 月 日より頭書の疾病により療養中のところ、  
予防上支障がないと認められますので、平成 年 月 日より登校を許可します。

令和 年 月 日

医療機関

医師名\_\_\_\_\_⑩