

登校許可書

兵庫県立神戸聴覚特別支援学校長 様

部 年
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、令和 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 _____ 印