

# 感染症再登校届（新型コロナウイルス）

兵庫県立神戸聴覚特別支援学校長 様

\_\_\_\_\_ 部 \_\_\_\_\_ 年(歳) \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_

病 名 \_\_\_\_\_ 新型コロナウイルス ・ 新型コロナウイルス濃厚接触者

下記のとおり療養（待機）し、登校可能となりましたので登校させます。

・療養（待機）期間 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ～ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・保健所と療養（待機）解除の最終確認を行った日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者名 \_\_\_\_\_ (印)

\*保護者をご記入ください。  
医師による証明は必要ありません。