

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。