感染症再登校届（インフルエンザ）

兵庫県立神戸聴覚特別支援学校長　様

　　　　　　　部　　　　年(歳)　　名前

病　名　　　　　　インフルエンザ

令和　　　年　　　月　　　日より療養中し、登校可能となりましたので令和　　　年　　　月　　日より登校させます。

令和　　　年　　　月　　　日

保護者名　　　　　　　　　　　　　㊞

＊保護者がご記入ください。

医師による証明は必要ありません。