

# 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 \_\_\_\_\_ (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。