登　校　許　可　書

兵庫県立神戸聴覚特別支援学校長　様

　　　　　部　　　　年(歳)　　名前

病　名

上記の者は令和　　　年　　　月　　　日より療養し、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　　　　　　　　　　　　　㊞