

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 _____ (印)